

**Die persepsies van nuut-gekwalfiseerde professionele
gesondheidswerkers oor hulle verpligte gemeenskapsdiens in 'n
landelike gemeenskap in die Wes-Kaap.**

deur

Wilhelmina Jacoba Esterhuyse

Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad

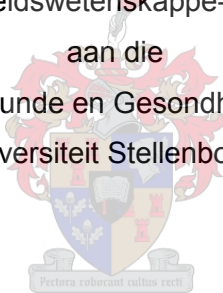
Magister in die Wysbegeerte

in

Gesondheidswetenskappe-Onderwys

aan die

Fakulteit Geneeskunde en Gesondheidswetenskappe,
Universiteit Stellenbosch



Studieleier: Dr Elize Archer

Mede-studieleier: Me Lianne Keiller

Maart 2017

I. Verklaring

Deur hierdie werkstuk in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleenouteur daarvan is, dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Wilhelmina Jacoba Esterhuyse

Vredendal

Maart 2017

II. Abstract

Every person is entitled to basic health care, but access to health services is a global problem. Many rural communities have no basic health services available, with health professionals concentrated in and around urban areas and in private practice. Registration of health professionals with the Health Professionals Council of South Africa is only possible when the one year of community service has been completed. Compulsory community service commenced in 1998 and was expanded to include all the health professions by 2016. The goals of compulsory community service are to take health services to rural communities, to foster continued education, and to stimulate retention of health workers in rural communities through improved social accountability. This, however, is not always the goal of the health professionals performing this community service.

Various studies regarding the perceptions of health practitioners on compulsory community service have been done. This study was intended to explore the perceptions of the health practitioners on their compulsory service in a rural district in the Western Cape. Nine newly qualified professionals who had completed their community service in the Matzikama Sub-District between 2006 and 2012, participated in the qualitative study. The Matzikama district services are delivered at the local provincial hospital, as well as at the 17 clinics that are spread over the entire district. Three participants worked at the hospital and did not attend to any clinics in the district, while six were allocated to the clinics, but not to the hospital.

Internal and External factors were identified as themes of the semi-structured interviews held with the study participants as those which influenced their experience of community service in the Matzikama Sub-District. The perceptions of health professionals in this area highlighted a lack of support for newly qualified professionals, as well as a need for management and leadership skills to be better incorporated in their pre-qualification training. Final recommendations to the Department of Health include better orientation and planning regarding the allocation of professionals to rural areas as a mechanism for providing a better experience for the newly-graduated health professional.

III. Opsomming

Elke mens is geregtig op basiese gesondheidsorg, maar die toegang tot gesondheidsdienste is 'n wêreldwye probleem. In baie landelike gemeenskappe ontbreek dit aan basiese gesondheidsdienste, terwyl professionele gesondheidswerkers gekonsentreer is in en rondom stedelike gebiede en in private praktyke. Registrasie by die Raad vir Gesondheidsberoepes in Suid-Afrika is slegs moontlik nadat die verpligte gemeenskapsdiens van een jaar voltooi is. Die diens het in 1998 begin en is geleidelik uitgebrei om uiteindelik teen 2016 alle gesondheidsberoepes in te sluit.

Die doel van verpligte gemeenskapsdiens is om die dienste na die landelike gemeenskappe te neem, om as voortgesette onderrig in die praktyk te dien, en om 'n retensie van gesondheidswerkers in die gemeenskappe te probeer bewerkstellig deur sosiale verantwoordelikheid te stimuleer. Dit is egter nie altyd die doelwit van die gesondheidswerkers wat hierdie diens lewer nie.

Verskeie studies is gedoen om die persepsies van gemeenskapspraktisyns oor verpligte gemeenskapsdiens te ondersoek. Met hierdie studie is gepoog om die persepsies van verpligte gemeenskapspraktisyns in 'n landelike distrik in die Wes-Kaap te ondersoek. Nege van die gemeenskapspraktisyns wat hulle gemeenskapsdiens tussen 2006 en 2012 in die Matzikama Sub-Distrik gedoen het, het aan die kwalitatiewe ondersoek deelgeneem. Gesondheidsdienste in die distrik word gelewer by die plaaslike provinsiale hospitaal, asook by die 17 klinieke wat versprei is oor die hele streek. Drie van die deelnemers het slegs in die hospitaal gewerk, terwyl die ander ses slegs by die gemeenskapsklinieke gewerk het.

Sowel interne as eksterne faktore is as temas uit die semi-gestruktureerde onderhoude geïdentifiseer as die faktore wat hulle ervarings van gemeenskapsdiens in die Matzikama Sub-Distrik beïnvloed het. Die persepsies van die gesondheidswerkers was dat daar 'n tekort aan ondersteuning vir pas-gekwalfiseerde gesondheidspersoneel was, en dat daar 'n behoefte was dat leierskaps- en bestuursvaardighede in die voorgraadse opleiding ingesluit word. Die finale aanbevelings aan die Departement van Gesondheid is dat aandag gegee word aan die oriëntering en toewysing van gesondheidswerkers na landelike gemeenskapsdiensareas om gemeenskapsdiens 'n beter ervaring vir pas-gekwalfiseerde gesondheidswerkers te maak.

IV. Erkenning

Met die indien van hierdie werkstuk sit ek nou – uiteindelik – my padkaart neer, want hierdie reis is voltooi. Ek kan my reissak uitskud, my skoene afstof en my kop oopmaak vir al die dinge wat weggebêre was vir ‘as ek klaar is hiermee ...’

Wát ‘n reis was dit nie – ‘n hele wêreld van núút dink, van ánders leer, van wyer kyk. Van opgewonde raak wanneer dinge sin maak en in plek begin val. Van staar na die skerm as niks wil uitwerk nie. Van duisend keer weer begin omdat niks reg voel nie.

My reissak is vodde gebruik, my skoene is deurgeloop ...

So, as ek nou, aan die einde van die reis my hande in die lug gooi en roep: “Dankie, Here!”, dan is dit die eerlike versugting uit my hart. Sonder die Krag wat vir my genoeg is, sou ek dit nie kon doen nie. Uit U, deur U en tot U ... Dankie, Here!

En dankie vir elke mede-reisiger:

Elize Archer - dankie dat jy nooit ophou aanmoedig en rem en stoot en pla het nie. Sonder jou het ek lankal op my knieë in die stofpad geval en gebly. Jy is voorwaar ‘n motivering en rolmodel, en ek is die Here dankbaar dat jy ‘ja’ gesê het ... elke keer! Na al die stof en sakke sout, noem ek jou trots en nederig: Vriendin.

Lianne Keiller – dankie vir al jou hulp en ondersteuning ... jy laat alles so maklik lyk, tot op die nippertjie!

Louise en Velicia - dankie dat julle my hande hoog en my lange oop gehou het deur alles.

Wynand - dankie dat jy my hart elke keer herinner het aan die olifant en die klein happies.

Ilizna en Elana – my twee wêreldreisigers, my trots, my hart se aller-punte. Vir julle sal ek oor berge loop ...

Petrus - dankie dat jy alles geduldig verdra het, so onvoorwaardelik in my bly glo het en my so onvoorwaardelik liefhet. Jy is die beste, en daarom is hierdie werkstuk vir jou.

En my hart bly stap in Afrikaans ... my trots.

V. Inhoudsopgawe

I. Verklaring	1
II. Abstract	2
III. Opsomming	3
IV. Erkenning	4
V. Inhoudsopgawe	5
VI LYS VAN TABELLE	7
VII AFKORTINGS.....	8
VIII LYS VAN ADDENDUMS	9
Hoofstuk 1: INLEIDING	10
1.1 AGTERGROND TOT DIE STUDIE	10
1.2 KONTEKS VIR DIE STUDIE	11
1.3 PROBLEEMSTELLING	13
1.4 DOEL VAN DIE STUDIE	14
1.5 DOELWITTE VAN DIE STUDIE	14
1.6 NAVORSINGSVRAAG	14
1.7 BELANG VAN DIE STUDIE	14
Hoofstuk 2: LITERATUURSTUDIE	16
2.1 AGTERGROND TOT VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS.....	16
2.2 DOELWITTE VAN VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS.....	18
2.3 VOORBEREIDING VIR VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS	19
2.4 ONDERSTEUNING TYDENS VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS.....	22
2.5. UITDAGINGS TYDENS VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS.....	24
2.6 KONTINUÏTEIT VAN DIENS EN RETENSIE VAN WERKNEMERS IN DIE GEMEENSKAP	25
2.7 TERUGVOER TYDENS EN NA AFLOOP VAN VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS	25
2.8 SAMEVATTING	25
Hoofstuk 3: NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE	26
3.1 INLEIDING TOT NAVORSINGSONTWERP	26
3.2 METODOLOGIE.....	26
3.3 POSISIE VAN DIE NAVORSER	33
3.4 SAMEVATTING	33
Hoofstuk 4: RESULTATE.....	34
4.1 INLEIDING.....	34
4.2 PROFIEL VAN DIE STEEKPROEF.....	34

4.3	AGTERGROND VAN WERKSOPSETTE	36
4.4	TEMAS.....	38
4.5	OMSKRYWING VAN TEMAS	39
4.6	SAMEVATTING	46
Hoofstuk 5: BESPREKING.....		47
5.1	INLEIDING.....	47
5.2	PERSEPSIES BINNE DIE DOELWITTE VAN DIE NAVORSING	48
5.2.2	Persepsie van ondersteuning en uitdagings van GPs tydens VGD in die MSD	50
5.3	TERUGVOER	52
5.4	SAMEVATTING	53
Hoofstuk 6: GEVOLGTREKKINGS, VOORSTELLE EN BEPERKINGS		54
6.1	INLEIDING.....	54
6.2	Voorstelle	55
6.3	Beperkings.....	56
6.4	Slotsom	57
VERWYSINGS.....		58
ADDENDA.....		74
Addendum A:		74
Addendum B		76
Addendum C		79
Addendum D		82

VI LYS VAN TABELLE

Tabel 1	Demografiese samestelling van steekproef
Tabel 2	Keuses van deelnemers ten opsigte van VGD in die MSD
Tabel 3:	Temas en sub-temas uit die data

VII AFKORTINGS

DvG	Departement van Gesondheid
GP/ GPs	Gemeenskapsdienspraktisyn/s
HGP/HGPs	Hospitaal-Gemeenskapsdienspraktisyn/s
KGP/KGPs	Kliniek-Gemeenskapsdienspraktisyn/s
MSD	Matzikama Sub-Distrik
PGS	Primêre gesondheidsorg
VGD	Verpligte gemeenskapsdiens
WGO	Wêreldgesondheidsorganisasie

VIII LYS VAN ADDENDA

Addendum A	Inleidingsvraelys aan deelnemers
Addendum B	Afrikaanse toestemmingsvorm
Addendum C	Engelse toestemmingsvorm
Addendum D	Vraelys aan deelnemers oor terugvoer

Hoofstuk 1: INLEIDING

There are, in fact, two things: science and opinion.

The former begets knowledge, the latter ignorance.

≈ Hippokrates ≈

1.1 AGTERGROND TOT DIE STUDIE

Funksionele gesondheidstelsels en die toeganklikheid daarvan vir alle burgers van 'n land is een van die grootste uitdagings wat enige regering in die gesig staar (Rhode, Cousens, Chopra, Tangcharoensathien, Black, Bhutta & Lawn, 2008). Wêreldwyd is daar 'n tekort aan opgeleide gesondheidswerkers, en die aantal wat deur opleidingsinstansies afgelewer word, hou nie tred met die toenemende behoeftes van bevolkings nie (Dovlo, 2005). Volgens die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) sien meer as 'n biljoen mense in hulle leeftyd nooit 'n gesondheidswerker nie, en een van die grootste uitdagings vir regerings is om werkbare en bekostigbare oplossings vir hierdie probleem te vind (WGO 2010).

Suid-Afrika staan, soos vele ander lande, voor 'n uitdaging om gesondheidsdienste aan 'n groot deel van sy bevolking te lewer (Harris, Goudge, Ataguba, McIntyre, Nxuwali, Jikwana & Chersich, 2011). Dis 'n uitgestrekte land met die grootste gedeelte van die bevolking wat in landelike gebiede woon en vir wie basiese gesondheidsdienste buite onmiddellike bereik is. Gesondheidsdienste en hospitale is meerendeels gesentreer in en om stede en groter woongebiede, met die oorgrote meerderheid van professionele gesondheidswerkers wat in die groter woongebiede eerder as in landelike gebiede werk (Ashmore, 2013). Hierdie probleem het sy oorsprong enersyds in die geskiedenis met 'n bedeling van rasgedrewe aparte ontwikkeling en dienslewering (Kaytzky & Tollman, 2008), en andersyds in die feit dat professionele gesondheidswerkers dikwels verkies om in die private sektor te werk (Ashmore, 2013) of migreer na ander lande (Labonté, Sanders, Mathole, Crush, Chikanda, Dambisya, Runnels, Packer, MacKenzie, Murphy & Bourgeault, 2015).

Die afgelope twee dekades is gekenmerk deur groot veranderinge in die gesondheidstruktuur in Suid-Afrika (Suid-Afrika, 1996) in 'n poging om die ongelykhede van vorige stelsels aan te spreek (Kautzky & Tollman, 2008, Ataguba & Akazili, 2010). In die strewe om toegang tot basiese gesondheidsdienste vir die hele bevolking te bewerkstellig, het die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid (DvG) in 1997 'n stelsel van verpligte gemeenskapsdiens (VGD) ingestel. Hiervolgens moet 'n professionele gesondheidswerker,

na afloop van graduering, vir 'n tydperk van twaalf maande werk as 'n gemeenskapsdienspraktisyn (GP) in 'n plasing wat deur die DvG goedgekeur is. Die eerste groep wat met VGD begin het, was mediese dokters in 1998, gevolg deur tandartse in 2000 en aptekers in 2001. Arbeidsterapeute, dieetkundiges, fisioterapeute, gehoor- en spraakterapeute, kliniese sielkundiges, omgewingsgesondheidsbeamptes en radiografiste het in 2003 met VGD begin (Suid-Afrika: DvG, 2006), en verpleegkundiges in 2008 (Suid-Afrika:DvG, 2007). VGD is 'n voorvereiste vir registrasie by die Raad vir Gesondheidsberoep van Suid-Afrika, waarsonder dit onmoontlik is om 'n beroep as professionele gesondheidswerker in Suid-Afrika te beoefen, hetsy in die publieke of die private sektor.

VGD is veral gemik op die arm, landelike gemeenskappe waar gesondheidsdienste en menslike hulpbronne beperk is of ontbreek (Mohamed, 2005). Terwyl die doel van VGD eerstens dienslewering is, is dit tweedens 'n goeie geleentheid om as leerskool te dien en 'n sosiale verantwoordelikeheidsin te kweek en versterk (Boelen, 2004). Derdens is die doel van VGD om die omset van personeel te beperk deur werknemers in die poste te behou. Daardeur kan kontinuïteit in die diens beter gevestig word (Frehywot, Mullan, Payne & Ross, 2009). Die ideaal sou wees dat die VGD die probleem van ongelyke verdeling van dienste die hoof bied, maar die realiteit is dat GPs wat direk uit die beskermende omgewing van die opleidingsopset kom, nog nie baie ondervinding het nie. Wanneer hulle dan sonder 'n ondersteuningstelsel in afgeleë gebiede beland, is die gebrek aan ondervinding dikwels 'n versperring vir dienslewering en kom die moontlike retensie van gesondheidswerkers in afgeleë areas in die gedrang omdat dit nie motivering bied om daar te bly nie (Jenkins, Gunst, Blitz & Coetzee, 2015).

1.2 KONTEKS VIR DIE STUDIE

1.2.1 Motivering vir die studie

Die navorser is betrokke in die private gesondheidsektor in die Matzikama, maar is sedert die implementering van VGD geïnteresseerd in hoe jong beroepslui wat in hierdie poste ontplooi word, dit ervaar. Volgens anekdotiese bewyse beskou baie studente sowel as GPs wat reeds besig is met VGD of dit voltooi het, VGD as 'n verpligting wat in die pad staan van 'n volwaardige professionele beroepslewe. Dit wil voorkom asof die doelwitte van VGD wat deur die DvG gestel is, naamlik:

- die billike verspreiding van dienste (Reid, 2006, Versteeg & Couper, 2011),
- die geleentheid om daaruit te leer (Reid & Conco, 1999), en

- die moontlikheid om dit 'n loopbaankeuse te maak (WGO, 2010, Frehywot *et al.*, 2009)

nie noodwendig dieselfde motiveringswaarde het as die wete dat registrasie by die Raad vir Gesondheidsberoep van Suid-Afrika om uiteindelik met 'n loopbaan te mag begin, eers na afloop van VGD moontlik is nie.

Die navorser het die ontplooiing en ontwikkeling van VGD in die Matzikama sien gebeur. Die Matzikama Sub-Distrik beslaan 'n baie groot area - oppervlaksigegewys vergelyk dit met Gauteng Provinsie, maar wat die inwonertal betref, is daar aansienlik minder inwoners (Matzikama Plaaslike Munisipaliteit, 2015), en die aantal poste wat vir VGD in die Matzikama beskikbaar gestel word, is dus ook baie minder. Die logistieke van die diens en die persepsies van die persone wat dit lewer, het die navorser gemotiveer om dit te ondersoek.

1.2.2 Matzikama Sub-Distrik

Die Matzikama Sub-Distrik is deel van die Weskus Distriksmunisipaliteit in die Wes-Kaapprovinsie van Suid-Afrika. Dit is, geografies gesproke, die grootste van die vyf sub-distrikte, en beslaan net minder as die helfte van die totale distrik. Die oppervlakte van 13 000 km² dra 'n inwonertal van 67147 mense (Matzikama Plaaslike Munisipaliteit, 2015). Die gebied bestaan uit 18 dorpe en kleiner nedersettings, met Vredendal die administratiewe en kommersiële brandpunt van die noordelike deel van die Wes-Kaapprovinsie. Die kantoor van die Gemeenskapsgesondheidsdiens sowel as die staatshospitaal is gesetel in Vredendal, maar die publieke gesondheidsdienste sluit klinieke in op al die dorpe en nedersettings wat verspreid is oor die hele Matzikama Sub-Distrik. Sommige van die klinieke is so ver as 180 km van Vredendal af en is slegs bereikbaar oor meestal ondergeskikte grondpaaie. Die inwoners van hierdie nedersettings is vir hulle mediese sorgbehoefes afhanklik van die dienste van personeel wat die klinieke besoek, aangesien daar nie in hierdie gebiede publieke vervoerdienste beskikbaar is nie en inwoners ook meestal nie oor eie vervoer of die finansies om vervoer te huur, beskik nie.

1.2.3 Verpligte gemeenskapsdiens (VGD) in die Matzikama

VGD is in 2002 in die sub-distrik bekendgestel toe 'n tandarts as eerste kandidaat daar geplaas is, en die ander dissiplines is daarna geleidelik ingefaseer. Daar is twee tipe plasings vir VGD binne die Matzikama: die dokters en verpleegkundiges doen hulle VGD in die staatshospitaal in Vredendal, terwyl die res van die die GPs slegs by die klinieke in die distrik werk. Die bestaande GPs ontruim hulle poste reeds vroeg elke Desember aangesien hulle dan hulle jaarlikse verlof neem, terwyl die nuwe groep GPs in die daaropvolgende Januarie met diens begin. Daar is dus nie kontinuïteit wat dienste betref of die geleentheid

om inligting rakende die opset te deel en onsekerhede aan te spreek nie. Die administratiewe personeel van die kantoor van die Gemeenskapsgesondheidsdiens en die bestuursspan neem gewoonlik ook hulle verlof gedurende daardie tyd, wat tot gevolg het dat nuwe personeel wat op die eerste werksdag in Januarie vir diens aanmeld, tot 'n groot mate aan hulleself oorgelaat word. Die amptelike oriëntering vir die enkele poste wat wel geskied, gebeur op 'n later stadium. Dit is ook meer generies van aard en spreek hoofsaaklik die werksverpligtinge en –voorwaardes aan, en nie spesifieke werksomskrywings vir elke pos nie.

Omdat die klinieke so verspreid is oor die Matzikama Sub-Distrik, beslaan reistyd 'n groot deel van die GP se dag en kontaktyd met pasiënte word uit die aard van die saak daardeur beperk. Die afstande tussen klinieke is te groot om besoeke aan verskillende klinieke te kombineer, wat tot gevolg het dat GPs die meeste van die klinieke net een keer per maand besoek. As gevolg van die beperkte infrastruktuur by die meeste klinieke kan besoeke van verskillende GPs nie gekombineer word nie en GPs moet dan alleen reis. Dit, tesame met die swak toestand van die grondpaaie en die lang afstande, hou dus 'n veiligheidsrisiko vir individue in.

Daar is min, indien enige, retensie van professionele gesondheidsberoepslui in die publieke sektor in die gemeenskap, en die GP-korps wat hulle VGD daar doen, word jaarliks vervang met nuwes. Die enkele persone wat wel al aangebly het in poste na afloop van hulle VGD, het dit binne die eerste kwartaal na diensaanvaarding verruil vir poste in groter sentra. Dit het die vraag laat ontstaan na die persepsies van diegene wat hulle verpligte diens in die Matzikama doen, oor die werk, en hoe dit retensie - en dus kontinuïteit – beïnvloed (Jenkins, Gunst, Blitz & Coetzee, 2015).

1.3 PROBLEEMSTELLING

Voorgraadse studente in die gesondheidsberoep spandeer 'n vooraf-vasgestelde minimum aantal jare aan hulle opleiding om te kwalifiseer in die spesifieke beroep. Daarna word hulle verplig om gemeenskapsdiens te doen vir twaalf maande, dikwels nie in 'n plek van hulle keuse nie, en gewoonlik in 'n opset wat baie verskillend is as dié waaraan hulle tydens hulle opleiding gewoond was. Hierdie oorgang van student na gemeenskapsdienspraktisyn kan 'n groter uitdaging wees vir persone wat in afgeleë landelike gebiede ontplooi word as vir diegene wat in 'n stedelike omgewing werk. Die vraag wat ontstaan, is tweeledig:

- Word studente werklik voorberei op die realiteite van gemeenskapsdiens?

- Wat is hulle ervaring as die veiligheidsnet van die universiteit met die dosent en die kliniese toesighouers nie meer onder hulle is vir ondersteuning en leiding nie?

1.4 DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie was om die persepsies van GPs omtrent hulle VGD in 'n landelike gemeenskap in die Wes-Kaap te verken.

1.5 DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die spesifieke doelwitte van die studie was:

- 1.5.1 om deelnemers se persepsies van hulle oorgang van student na GPs te ondersoek
- 1.5.2 om die uitdagings en ondersteuning wat GPs tydens VGD in die MSD ervaar het, te ondersoek

1.6 NAVORSINGSVRAAG

Die navorsingsvrae wat hieruit ontstaan, is:

- 1.6.1 Wat was die deelnemers se persepsies van hulle oorgang van student na GP?
- 1.6.2 Wat was die deelnemers se persepsies van die uitdagings en ondersteuning wat hulle tydens hulle VGD in die MSD ervaar het?

1.7 BELANG VAN DIE STUDIE

Studente in die gesondheidsberoep word tipies op universiteite op akademiese gebied bemagtig met kennis van die geneeskundige en verwante wetenskappe, dus binne hulle eie vakgebiede. Dit sluit beroepspesifieke vaardighede volgens die verwagte uitkomst van elke kursus in. Parallel met die teoretiese leer word kliniese blootstelling gegee om die vaardighede in die praktyk toe te pas. Studente doen tydens hulle opleiding ondervinding op van gemeenskapsdiens, veral wanneer hulle in gemeenskapsklinieke werk. Hierdie tipe ondervinding is waardevol om studente kritiese denkvaardighede te leer (Rowles, Morgan, Burns & Merchant, 2013), maar in die voorgraadse opset is dit steeds binne die veilige vangnet van die opleidingsinstansie. Studente in die gesondheidswetenskappe word tydens voorgraadse opleiding gelei en ondersteun deur doserende, kliniese en administratiewe personeel, maar wanneer hulle as gekwalifiseerde gesondheidswerkers die beroepsveld

betree, is dit dikwels sonder hierdie ondersteuningstelsels. Wanneer hulle sonder die vangnet en terugvoerstelsel moet funksioneer, kan dit hulle laat twyfel oor hul eie vermoëns om effektief te funksioneer. Die vraag wat al hoe meer na vore kom, is tot watter mate die kurrikulums van universiteite graduandi bemagtig om diens te lewer sonder leiding en ondersteuning (Burch & van Heerden, 2013).

Die meeste navorsing wat handel oor persepsies van jong beroepslui oor hulle VGD, fokus op individuele dissiplines of professies (Beyers, 2011; Govender, Brysiewicz & Bhengu, 2015; Mostert-Wentzel, 2013; Wranz, 2011; Burch & van Heerden, 2013; Nkabinde, Ross, Reid & Nkwanyana, 2013), maar dit wil voorkom of min indien enige navorsing tot dusver gedoen om die persepsies van 'n hele VGD-korps in 'n spesifieke werksopset of werksgebied te ondersoek. Sover die navorser kon vasstel, is geen navorsing tot op hede gedoen oor hoe GPs hulle VGD aan die Weskus, en spesifiek in 'n afgeleë area soos die Matzikama Sub-Distrik, ervaar nie. In hierdie studie word die GPs se persepsies in groepsverband ondersoek deur raakpunte en verskille ten opsigte van hulle ervarings in die groep te bepaal. Die doel is nie om beroepe met mekaar te vergelyk nie, maar wel om uit te vind wat die oorkoepelende faktore is wat aanleiding gee tot die persepsies. Kennis van die uitdagings wat nuut-gekwalfiseerde gesondheidswerkers tydens die VGD ervaar en van die leemtes wat daar in die ondersteuningstelsel is, kan waardevol wees vir die verskillende rolspelers wat betrokke is by VGD. Sodoende kan studente beter voorberei word op hulle rol en verantwoordelikheid as GP, en kan 'n gladder oorgang van student na GP verseker word. Die bevindinge van die studie kan ook gebruik word om terugvoer te gee aan die Departement van Gesondheid oor wyses waarop oriënteringsprogramme en ondersteuningstelsels vir jong graduandi aangepas kan word om hierdie oorgang gladder te laat verloop om daardeur beide die gemeenskap en die GPs te bevoordeel.

In die volgende hoofstuk word die literatuur bespreek wat verband hou met die onderwerp van die navorsing.

Hoofstuk 2: LITERATUURSTUDIE

*Reading furnishes the mind only with materials of knowledge;
it is thinking that makes what we read ours.*

≈ John Locke ≈

2.1 AGTERGROND TOT VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS

2.1.1 Gesondheidsdienste in wêreldkonteks

Die reg van toegang tot basiese gesondheidsorg is reeds teen die middel van die vorige eeu beskryf deur die Verenigde Nasies (VN) ten tyde van die stigting van die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) (VN, 1949). Die WGO bevestig die reg met die Verklaring van Alma Ata in 1978 (WGO, 1978), waarin na primêre gesondheidsorg (PGS) verwys word as die basiese vlak van gesondheidsorg wat gerig is op die bevordering van gesondheid, en die vroeë diagnose, hantering en voorkoming van siekte en gestremdheid. PGS is gerig op gemeenskappe binne bepaalde geografiese gebiede, aldus die Alma Ata (WGO, 1978). Tog gaan 'n groot deel van die wêreldbevolking steeds mank aan gesondheidsorg (WGO, 2008). Byna die helfte van die wêreldbevolking leef in gebiede of omstandighede waar hulle nie gereëld toegang tot gesondheidsdienste het nie, terwyl die meeste van die gesondheidswerkers gekonsentreer is rondom stede en groter sentra (Dussault & Franceschini, 2006).

Bykans 30 jaar ná die Verklaring van Alma Ata bevestig die WGO in sy Wêreldgesondheidsverslag die belangrikheid sowel as die relevansie van die Alma-Ata Verklaring, maar erken terselfdertyd dat die uitvoering daarvan in ontwikkelende lande net gedeeltelik inslag gevind het (WGO, 2007). Groot dele van hierdie lande gaan steeds gebuk onder die las van onvoldoende mediese dienste, terwyl die bedreiging van siektes soos HIV, Tuberkulose, Diabetes Mellitis 'n realiteit bly. (WGO, 2007; Index Mundi, 2012; McCoy, McPake & Mwapasa, 2008). Die groei in die wêreldbevolking, tesame met die wanbalans tussen die bevolkingsdigtheid en beskikbaarheid van mediese sorg, is faktore wat bydra tot die probleem. Daar is 'n aantal komplekse en interafhanklike faktore wat bydra tot die wêreldwye werksmagtekort, insluitend onbevredigende werksomstandighede en onvoldoende menslike hulpbronbestuur (Hongoro & Normand, 2006). Jong, pas gekwalifiseerde professionele beroepslui verkies meestal om in stedelike gebiede of groot dorpe te werk waar finansiële voordele en beroepsontwikkeling dikwels sterk aanspoorders is (McCoy, McPake & Mwapasa, 2008). Alhoewel finansiële aansporings 'n groot inpak op

die besluit van gezondheidswerkers het om in afgeleë gebiede te werk al dan nie, dui die literatuur daarop dat finansiële aansporings nie die enigste motiveerder is om 'n verskuiwing van die werksmag te bevorder nie. Campbell, McAllister en Eley (2012) gebruik die verwysingsmodel van Herzberg, Mausner en Snyderman (1959) en omskryf die rol van motiveerders in die keuse van werksplek as ekstrasieke motiveerders (salaris, status, sekuriteit, verlof), en interne motiveerders (tevredenheid, betekenisvolheid, uitdagings, outonomie in die werksopset). Volgens die navorsing van Campbell et al (2012) bewys verskeie studies dat die invloed van intrinsieke faktore 'n groter invloed het op die mate waarin gezondheidswerkers besluit om in bepaalde poste te bly werk as ekstrasieke faktore.

2.1.2 Gesondheidsdienste in die Suid-Afrikaanse konteks

Die wanbalans tussen beskikbare gesondheidsdienste en die geografiese verspreiding binne bevolkings noop regerings wêreldwyd reeds lank om stelsels te implementeer waardeur die ongelykhede in vraag en aanbod van gesondheidsdienste reggestel kan word (Lutgei, Friedmani & Mbathai, 2008; Frehywot *et al.*, 2009; Van Niekerk, 2014). Suid-Afrika het 'n politieke geskiedenis van aparte ontwikkeling waarin gesondheidsdienste grootliks gesegregeer was op grond van 'n rasse-onderskeid. Die oorgang na 'n demokratiese bestel in 1994 het 'n verandering in die gesondheidstelsel teweeggebring (Kautzkyi & Tollman, 2008; Coovadia, Jewkes, Barron, Sanders & McIntyre, 2009), maar die verspreiding van veral die groot landelike bevolking maak dit moeilik om die ideaal van PGS vir almal te verwesenlik (Index Mundi, 2016). Die DvG het in 1997 'n beleid van verpligting aanvaar (Suid-Afrika, 1997) met VGD as modus operandi om dienste na veral afgeleë, landelike gemeenskappe te versprei. Daar is verskillende persepsies van die regverdigheid al dan nie van VGD. Sommige skrywers beskou dit as een van die oorsake vir die uittoeg van professionele gezondheidswerkers uit Suid-Afrika (Makoni, 2009), terwyl Erasmus (2012) daarna verwys as 'n stelsel van slawerny onder die verpligtingsmag van die staat. Reid (2016) reken dat die negatiewe houding teenoor verpligte gemeenskapsdiens vir gezondheidswerkers in Suid-Afrika aan die verander is. Hierdie verwysings is egter almal na mediese dokters, en daar is in werklikheid min verskuiwings in dieselfde verband na die ander gesondheidsdissiplines. Hoewel daar sedert die aanvang van VGD 'n verbetering in die toeganklikheid tot PGS in diensarm landelike gebiede is (Gaede & Versteeg, 2011), toon 'n studie van Van Rensburg (2014) dat oneweredige verspreiding steeds 'n realiteit is.

2.2 DOELWITTE VAN VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS

2.2.1 Sosiale verantwoordelikheid binne sosiale aanspreeklikheid

Die primêre rede vir die instel van VGD is om gesondheidsdienste aan 'n groter gedeelte van die bevolking beskikbaar te stel (Reid & Conco, 1999). Om 'n stelsel te implementeer, lei egter nie noodwendig tot dienslewering wat in lyn is met die behoeftes van 'n gemeenskap indien alle rolspelers nie betrokke is by die behoeftebepaling nie (Woollard, 2006). Mediese skole het 'n verpligting teenoor die gemeenskappe en bevolkings wat hulle bedien om hulle opleiding, navorsing en diens te rig volgens die gesondheidskwessies en behoeftes van die gemeenskappe (Boelen & Heck, 1995). Hierdie 'verborge kurrikulum' (Woollard & Boelen, 2012) moet studente lewer wat met hulle dienslewering in die gemeenskappe hierdie verantwoordelikheid weerspieël binne hulle professies en deur hulle diens (Boelen, 2008). Burch & Van Heerden (2013) se artikel kyk krities na die mate waarin Suid-Afrikaanse universiteite dit al regkry om studente met hierdie sosiale verantwoordelikheid te lewer. Alhoewel hierdie studies net na die mediese dokter binne hierdie situasie kyk, kan dit seker ook deurgetrek word tot die ander gesondheidsberoepes binne die interprofessionele span.

2.2.2 VGD binne die transformatiewe leerproses

VGD is meer as net dienslewering. Dit bied eerstens die geleentheid as 'n leerproses waardeur die vaslegging en uitbreiding van vakkennis en vaardighede kan plaasvind, maar dit bied veral ook die geleentheid tot kritiese refleksie waarbinne nuwe denkprosesse gestimuleer en ontwikkel kan word deur kritiese besinning (Mezirow, 2000). Mezirow (1997) beskryf transformatiewe leer as 'n volgehoue leersiklus waar die situasie die leerproses word wat lei tot hermodulering van denkprosesse en reaksies rondom die situasie. Sosiale verantwoordelikheid word ontwikkel wanneer ervarings uit die verlede deur middel van reflektiewe prosesse gebruik word om nuwe paradigmas te ontwikkel waardeur die wêreld beskou en daar op sy behoeftes gereageer word (Mezirow, 2000; Green-Thompson, 2013). Volgens Mezirow leer die student aan die hand van drie leerstyle: die inligting wat aangeleer word, die wyse waarop die inligting geabsorbeer word, en die rede vir die absorbering van die inligting. Volgens Mezirow is daar binne elkeen van hierdie leerstyle drie verskillende prosesse wat dit ondervang: om te leer binne die bekende stelsel, om nuwe stelsels aan te leer en om dan te leer deur die transformasie van die stelsels. Kitchenam (2008) omskryf die transformatiewe leerproses van Mezirow soos dit ontwikkel om verdere aksies en

transformasieprosesse in te sluit wat uiteindelik (Mezirow, 1995) bly ondersoek waarna en hoe gekyk word aan die een kant, en hoe daarvoor gedink word aan die ander kant. Die student in die gesondheidswetenskappe moet uiteindelik ontwikkel om binne hierdie paradigmas te kan navigeer, met veral die reflektierende paradigma wat sin moet kan vind uit die eerste twee.

2.2.3 VGD om retensie van gesondheidswerkers in landelike gemeenskappe te versterk

Retensie in werksverband word beskou as die mate waarin die opset die vermoë het om werknemers te behou. Verskeie faktore word uit die literatuur genoem wat bepalend is vir die keuses van gesondheidswerkers om op 'n langtermyn of 'n permanente basis in landelike gemeenskappe te werk (Jenkins *et al.*, 2015; Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008). Faktore wat voor die aanvang van VGD beslag kry, sluit in 'n landelike herkoms (Vries & Reid, 2003) en die mate van blootstelling aan landelike gemeenskapsdiens tydens die studietydperk (Walker, De Witt, Pallant & Cunningham, 2012; Wilson, Couper, De Vries, Reid, Fish & Marais, 2009). Ervarings tydens VGD self beïnvloed hoe gereedlik GPs die opset as 'n permanente werksplek beskou. Dit behels dat daar benewens 'n behoorlike oriëntering en werksomskrywing van die pos (Hatcher, Onah, Kornik, Peacocke & Reid, 2014) ook riglyne van die plaaslike DvG rondom die vereistes vir die poste sal wees (Ramklass, 2009). Verder faktore wat retensie kan versterk, sluit in professionele ondersteuning en die beskikbaarheid van mentors (Reid & Conco, 1999; Nkabinde *et al.*, 2013; Maseko, 2014), interprofessionele samewerking (Beyers, 2011), en die beskikbare infrastruktuur waarbinne VGD geskied (Hatcher, Onah, Kornik, Peacocke & Reid, 2014). Campbell *et al.* (2012) bevind dat positiewe ervarings rondom intrinsieke motiveerders 'n positiewe inpak op werksretensie het. Hoewel negatiewe ervarings werksbevreëdiging en retensie van werknemers negatief kan affekteer, beteken die afwesigheid daarvan nie noodwendig dat retensie positief beïnvloed word nie.

2.3 VOORBEREIDING VIR VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS

2.3.1 Die kurrikulum

Sentraal in enige formele kursus staan die konsep wat die beplanning van die kursussamestelling omvat, die kurrikulum. Die term verwys na die akademiese inhoud wat spesifiek is vir elke kursus en waarmee die studente binne die kursus sal omgaan ten einde die doelwitte van die spesifieke kursus te bereik (HAT). Die begrip is egter veel meer omvattend as bloot die oordrag van kennis en vaardighede. Dit behels by uitstek ook die oordra, bewustelik of onbewustelik, van onderliggende waardes en beginsels in die

onderrigproses (Mahood, 2011). Die kurrikulum vir die opleiding van gesondheidswerkers moet in voeling bly, nie net met die veranderinge in die mediese veld wat navorsing betref nie, maar veral ook met die veranderinge wat binne leefstyle en siektetoestande plaasvind (Jones, Higgs, de Angelis & Prideaux, 2001). Die mediese dokter, en daarmee by implikasie alle professionele gesondheidswerkers, moet met die spreekwoordelike oor op die grond wees om op hoogte te bly van die veranderinge binne die gesondheidsopset, maar moet ook afkom van die troon waarop hulle deur gemeenskappe geplaas word om gesondheid daadwerklik aan te spreek (Sibille, Greene & Bush, 2010). Die kurrikulum waaraan die hedendaagse student blootgestel word, moet aanpas by oor die vermoë beskik om by die behoeftes van die gemeenskap uit te kom.

2.3.2 Kliniese ondervinding en internskap

Die Suid-Afrikaanse Kwalifikasie-owerheid, SAQA, is 'n statutêre liggaam wat gereuleer word onder die Nasionale Kwalifikasieraamwerk, Wet No 67 van 2008 (Republiek van Suid-Afrika, 2008). Daarvolgens word die uitkomste van kursusse in die gesondheidswetenskappe met riglyne en uitkomste vir kwalifikasies gereuleer (HESA & SAQA, 2009). Voorgraadse opleiding van studente sluit die verwerwing van akademiese vakkennis, kliniese bevoegdheid en diensleer binne die riglyne en behoeftes van elke kursus in. Jong graduandi ervaar dikwels dat daar 'n gaping is tussen die ervaring tydens opleiding en die toepassings in die kliniese beroepsveld daarna (de Villiers & de Villiers, 2006). Mediese dokters wat in Suid-Afrika studeer, moet na afloop van hulle studies en nadat hulle gegradueer het, eers 'n verpligte internskap van twee jaar voltooi voordat hulle met VGD kan begin. Internskap is 'n statutêre vereiste vir nuut-gekwalifiseerde mediese dokters waar hulle onder toesig werk as 'n vorm van voortgesette opleiding om ondervinding op te doen (Nkabinde *et al.*, 2013). Aptekers voltooi 'n internskap van een jaar voor hulle met VGD begin. Hoewel daar kritiek is teen die wyse is waarop internskappe toegepas word (Erasmus, 2012; Bola, Trollip & Parkinson, 2015), is dit 'n manier waarop die gaping wat daar tussen die universiteitsopleiding en die VGD bestaan, verklein kan word (Reid, 2002). Die selfvertroue van interns verbeter ook (Brennan, Corrigan, Allard, Archer, Barnes, Bleakley, Collette & de Bere, 2010), wat die latere ontplooiing in VGD vergemaklik. Graduandi van die ander gesondheidsberoepse doen nie internskappe nie en begin dadelik met VGD. Hoewel verpleegkundiges tydens hulle opleidingstydperk heelwat kliniese tyd onder toesig spandeer en daardeur ondervinding bekom, is die oorgang na VGD nog steeds 'n spanningsvolle ervaring (Roziars, Kyriacos & Ramugondo, 2014). Die terapeutiese beroepse doen nie soortgelyke internskappe nie en tree direk in die beroepsveld na graduering, wat as 'n tekort aan ondervinding ervaar kan word (Madden, O'Sullivan, Fisher & Malambule, 2013).

2.3.3 Gemeenskapsgebaseerde opleiding

Die opleiding van gesondheidspersoneel word as diensleer toenemend ontplooi binne die gemeenskappe waarop die diens gerig word. Die doel is dat gemeenskappe beter bedien word binne die milieu van hulle spesifieke behoeftes en probleme. Die probleem is egter dat dit grotendeels geskied sonder dat die gemeenskappe werklik betrek word by die proses van behoeftebepaling, met ander woorde, die diens is wel in die gemeenskappe en vir die gemeenskappe, maar nie sáám met die gemeenskappe nie (Hunt, Bonham & Jones, 2011). Om werklik diens aan gemeenskappe te verbeter, moet die gemeenskappe self betrek word by die beplanning van die leerproses deurdat die doelwitte bepaal kan word volgens die behoeftes van die gemeenskap, en dit moet deel wees van die ervaringsleer van die student (Kruger, Nel & van Zyl, 2015).

2.3.4 Professionele vaardighede

Graduate attributes are the qualities, skills and understandings a university community agrees its students should develop during their time with the institution. These attributes include but go beyond the disciplinary expertise or technical knowledge that has traditionally formed the core of most university courses. They are qualities that also prepare graduates as agents of social good in an unknown future. (Bowden, Hart, King, Trigwell & Watts, 2000).

Daar is 'n toenemende fokus op die eienskappe, houdings en gesindhede waarmee 'n student die universiteit verlaat en wat nodig is vir graduandi om funksioneel binne die werksomgewing te kan funksioneer (Barrie, 2007). Hierdie eienskappe is nie inklusief aan enige beroep nie en word beskou as een van die sleutel-uitkomst in hoër onderwys waarvoor graduandi moet beskik (Barrie, 2006). Die integrasie van hierdie eienskappe in kurrikula verseker dat studente vaardighede ontwikkel wat hulle beter sal toerus vir die werksomgewing, hetsy as werknemer of as werkgewer (Moalosi, Oladiran & Uziak, 2012). York (2006) voer aan dat daar 'n korrelasie is tussen hierdie eienskappe en die maatreëls waarmee gehalteversekering binne 'n opleidingsopset gemeet word, aangesien beide gebruik word om die gehalte van akademiese programme en opleiding te bevestig.

Verskeie benamings word in die literatuur gevind om die begrip te vestig: 'bekwaamhede' (competencies), 'eienskappe' (attributes), 'kwaliteite' (qualities), 'vaardighede' (skills), 'waardes' (values). Die terme word verder omskryf met byvoeglike naamwoorde ('generies', 'sag') wat volgens De la Harpe, Radloff en Wyber (2000) die indruk kan skep dat dit nie werklik in die akademiese omgewing gewig dra nie, en hulle stel die term 'professionele vaardighede' voor as oorkoepelende begrip binne die opvoedkundige milieu. Die CanMEDs

is 'n raamwerk waarbinne die rolle van 'n professionele gesondheidswerker omskryf word. Dit is in 1996 deur die Royal College in Kanada aanvaar as riglyn (Frank, 2005) vir die opleiding van mediese studente. Universiteite stel toenemend riglyne saam waar daar binne die verskillende fakulteite na hierdie vaardighede verwys word (Mostert-Wentzel, Frantz & van Rooijen, 2013). Die Universiteit van Stellenbosch (US) het 'n raamwerk daargestel wat gebaseer is die SAQA-uitkomstestel model, en waarvoor die Kanadese model van riglyne vir opleiding, die CanMEDs, aangepas is. Hierdie 'Graduate Attributes Competency Framework' stel sewe rolle voor wat die Stellenbosse graduandus binne die gesondheidswetenskappe moet vul, naamlik die van Gesondheidspraktisyn ('Healthcare Practitioner'), Kommunikateur ('Communicator'), Samewerker ('Collaborator'), Leier en Bestuurder ('Leader and Manager'), Gesondheidsadvokaat ('Health Advocate'), Wetenskapstudent ('Scholar') en Professionele persoon ('Professional') (US, Graduate attributes).

2.3.5 Veerkragtigheid om aan te pas

GPs word blootgestel aan baie stressors binne die werksopset wat die fisiese en geestelike welsyn van die persoon self affekteer, maar ook 'n effek het op die werksvermoë (Rees, Breen, Cusack & Hegney, 2015). Veerkragtigheid is 'n kombinasie van die inherente vermoë om hierdie stressors te hanteer en die beskikbaarheid van hulpbronne om die vermoë te ondersteun (Linzer, 2009), en wel op so 'n wyse dit 'n positiewe effek op die persoon self en die omgewing het (Viviers, Lachance, Maranda & Menard, 2008). McCann, Beddoe, McCormick, Huggard, Kedge, Adamson en Huggard (2013) bespreek, na aanleiding van die literatuur, die noodsaaklikheid van 'n omgewing wat veerkragtigheid vir verskillende gesondheidswerkers ondersteun. Die interaksie tussen agtergrond (ouderdom, geslag, ondervinding), persoonseienskappe (ingesteldheid, balans), professionele identiteit en omstandighedsfaktore (ondersteuning van familie, kliniese toesig en die kultuur binne die bepaalde beroep) word genoem as faktore wat die persoon se vermoë om aanpassings te maak om stressors te hanteer, beïnvloed (McCann *et al.*, 2015).

2.4 ONDERSTEUNING TYDENS VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS

Pas-gekwalfiseerde gesondheidswerkers kan onseker voel omtrent hulle vermoë om aan te pas by onbekende situasies wanneer hulle die bekende opset van die universiteit verlaat. In 'n studie deur Dunn, Iglewicz en Moutier (2008) word verwys na die spanning en uitbranding wat mediese studente ervaar tydens hulle opleiding. Daar is verskeie vorme van

ondersteuning waardeur hierdie onsekerheid aangespreek kan word om die gladde oorgang van student na GP te fasiliteer.

2.4.1 Oriëntasie en werksomskrywings vir VGD

Studies toon 'n duidelike behoefte by GPs in Suid-Afrika aan behoorlike oriëntasie en werksomskrywings wanneer hulle aanmeld vir VGD (Ramklass, 2009; Beyers, 2013; Govender *et al*, 2015). Oriëntasie is die proses waardeur nuwe werknemers bekendgestel word aan die opset, vereistes en medewerkers van die nuwe werksomgewing. Organisasies wat aan nuwe werknemers oriëntasie bied ten opsigte van die werksopset en doelwitte, se werkers het 'n beter kans om werksbevrediging te ervaar (Tabvuma, Georgellis & Lange, 2015), want werknemers wat weet wat van hulle verwag word wanneer hulle 'n nuwe werksopset betree, kan makliker aanpas by die opset en omstandighede. Hoewel formele werksomskrywings werknemers se kreatiewe denke binne die spesifieke werksverband kan beperk, bied 'n basiese omskrywing van die taak binne die nuwe opset aan die nuwe werknemer die geleentheid om vinniger aan te pas by die opset en omstandighede.

2.4.2 Mentors en rolmodelle

Die behoefte aan 'n ondersteuningstelsel en mentors wat beskikbaar is gedurende die tydperk van VGD, kom ook na vore (Khan, Knight & Esterhuizen, 2009; Mostert-Wentzel *et al*, 2013; Hatcher, 2014). Marais (2001) onderstreep die verskille tussen 'n mentorskap, waar daar 'n verstandhouding oor die verwagting tussen twee persone, naamlik die mentor en die protégé bestaan, en die rolmodel, waar die verhouding 'informeel' is en die rolmodel nie eers noodwendig bewus is van die rolmodelskap nie. Maseko (2014) beskou die tekort aan mentors en professionele leiding as een van die redes waarom landelike plasinge vir VGD minder gewild is, aangesien dit professionele ontwikkeling beperk. Volgens Beyers (2013) is die ondersteuning wat beskikbaar is 'n kritiese faktor vir die suksesvolle plasing van verpleegkundiges vir VGD.

2.4.3 Interprofessionele ondersteuning

Samewerking en ondersteuning in gemeenskapsdiens word nie net as 'n sterk faktor vir werksbevrediging van GPs beskou nie (Jenkins *et al.*, 2015), maar dit kan ook 'n effek op spanwerk en die uitkomst binne die werksopset inhou (Körner, Göritz & Bengel, 2014). Die ondersteuning en vriendelikheid van die multi-dissiplinêre span kan beduidend wees in die ervarings van die GP (Beyers, 2013). Studies deur Hatcher (2014), Govender (2015) en Maseko (2014) dui aan dat die ondersteuning van kollegas uit die gesondheidspan wat in dieselfde opset werk, 'n positiewe bydrae maak tot die mate waartoe GPs die uitdagings van die werksopset kan hanteer (Visagie & Swartz, 2016).

2.5. UITDAGINGS TYDENS VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS

Die beskikbaarheid van gesondheidsdienste in die landelike gemeenskappe word geaffekteer deur meer faktore as net die beskikbaarheid van mannekrag. Die beskikbaarheid en toestand van die infrastruktuur, sowel as die werkslading wat GPs moet bestuur tydens VGD, het 'n groot invloed op dienslewering, sowel as op die ingesteldheid van die persone wat betrokke is daarby. Die welsyn van die GPs is 'n bydraende faktor.

2.5.1 Infrastruktuur

Infrastruktuur en tegnologie is 'n belangrike komponent van die gesondheidsorg diensleweringstelsel, hoewel dit dikwels in landelike omgewings oontbreek of ondergeskik is (Erasmus, Poluta & Weeks, 2012). Ten spyte van 'n daadwerklike poging sedert 1994 om fasiliteite as klinieke beskikbaar te stel in landelike gebiede in Suid-Afrika, bied die probleme rondom infrastruktuur steeds in baie gebiede beduidende versperrings vir effektiewe dienslewering (Gaede & Versteeg, 2011). Ondergeskikte paaie, onvoldoende en ongeskikte werksareas, beperkte toegang tot strukture en swak afgewerkte strukture is 'n uitdaging vir GPs om diens te lewer (Grut, Mji, Braathen & Ingstad, 2012). Geriewe soos elektrisiteit, lopende water en telefoonontvangs is by baie afgeleë landelike klinieke 'n uitdaging (Gaede & Versteeg, 2011).

2.5.2 Werkslading

Een van die faktore wat GPs minder geneë maak om in afgeleë landelike omgewings te werk, is hoë werksladings, werksdruk en die swak ondersteuningstelsels (sien 2.4.2). Selfs wanneer die aantal pasiënte wat gesien of behandel word, nie soveel is dat dit op sigself as 'n hoë lading beskou kan word nie, veroorsaak die opset en infrastruktuur dikwels dat die druk om die werk af te handel, baie erg is. Die wisselwerking tussen hierdie faktore, die onsekerheid oor eie vaardighede en die gebrek aan leiding van senior personeel het 'n negatiewe effek op die werksbevrediging van GPs (Wranz, 2011) en kan as negatiewe motiveerder (sien 2.2.3) ervaar word. Die tekort aan hulpbronne en sonder voldoende senior personeel om ondersteuning en leiding te bied, kan aan die ander kant in sommige gevalle beteken dat GPs onttrek word van plasinge, ten spyte van groot behoeftes onder die gemeenskap. (Naidoo & Chikte, 2002)

2.6 KONTINUÏTEIT VAN DIENS EN RETENSIE VAN WERKNEMERS IN DIE GEMEENSKAP

Kontinuïteit in mediese dienste is een van die belangrikste aspekte van suksesvolle mediese dienslewering, want dit gaan oor die kwaliteit van sorg oor 'n tydperk. Pasiënte se ervaring van gehalte hang saam met die mate waarin daar by die mediese sorgpersoneel 'n bewussyn van die verloop van 'n gesondheidstoestand is (Gulliford, Naithani & Morgan, 2006). In VGD is dit wanneer een groep die diens verlaat en daar 'n oordrag van inligting rondom die werksopset en veral rondom pasiënte gedoen word. Dit versterk die werk van die vertrekkende persoon deur 'n erkenning van die werk wat gedoen is, dit oriënteer die VGD wat daarmee voortgaan, en dit bevestig aan die pasiënt dat daar erns met die behandeling is. Daar moet stelsels in plek wees om kontinuïteit te verseker en effektiewe dienslewering te bevorder (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003).

2.7 TERUGVOER TYDENS EN NA AFLOOP VAN VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS

Terugvoer in enige diens is belangrik om die diens te evalueer en aan te pas indien nodig. Mediese diensverskaffers en bestuurspersoneel is verantwoordelik om dienste en effektiwiteit te verseker aan pasiënte, personeel en teenoor betrokke rolspelers (Kothari, Hovanec, Hastie & Sibbald, 2011). Terugvoer van werknemers is waardevol (Saedon, Salleh, Balakrishnan, Imray & Saedon, 2012) om dienste effektief te bestuur, en GPs wat VGD doen, het 'n verantwoordelikheid om dit te doen om effektiewe en volhoubare diens te verseker. Universiteite en gesondheidsdepartemente wat verantwoordelik is vir die oorhoofse beplanning en bestuur van gesondheidsdienste moet ook seker maak dat hulle terugvoer eis van die persone wat betrokke is by die diens (Mostert-Wentzel *et al.*, 2013), sodat aanpassings gemaak kan word indien nodig.

2.8 SAMEVATTING

VGD is 'n inherente deel van die gesondheidsdiensopset in Suid-Afrika. In hierdie hoofstuk is gekyk na die verskillende faktore wat 'n rol speel by die VGD en wat die raakpunte is wat uit die literatuur na vore gekom het. In die volgende hoofstuk word die navorsingsmetodiek bespreek.

Hoofstuk 3: NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE

The real purpose of the scientific method is to make sure Nature hasn't mislead you into thinking you know something you don't actually know.

≈ Robert M Pirsig ≈

3.1 INLEIDING TOT NAVORSINGSONTWERP

Die navorser het gebruik gemaak van 'n ondersoekende, interpretatiewe ontwerp. Met ondersoekende navorsing word gepoog om soveel moontlik inligting te versamel om sodoende begrip te ontwikkel vir 'n situasie, 'n fenomeen of vir die individu binne die bepaalde kohort (de Vos, Strydom, Fouché & Delport, 2011). Interpretatiewe navorsing is daarop gerig om begrip te vorm uit hoe die individu sin maak uit die interpretasie van hulle omgewing en hoe hulle die ervarings interpreteer en verstaan (Creswell, 2013). Die doel van kwalitatiewe navorsing is om op 'n geordende wyse insig te kry in die begrip en betekenis wat 'n bepaalde teikengehoor rondom 'n bepaalde probleem of opset het (Creswell, 2013). Dit is primêr ondersoekend van aard. Die voordeel van 'n kwalitatiewe benadering as navorsingsmetode is tweeledig: eerstens gee dit aan deelnemers die geleentheid om hulle uit te druk in hulle eie woorde, en daarbenewens bied dit ook aan die navorser geleentheid om met verdere vrae dieper antwoorde te verkry (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest & Namey, 2005). Die ontwerp was toepaslik vir hierdie studie, aangesien die doel van die studie was om 'n begrip te ontwikkel van die persepsies van GPs omtrent hulle bydrae tot die primêre gesondheidsstelsel van 'n landelike gemeenskap in die Wes-Kaap.

3.2 METODOLOGIE

Kwalitatiewe data is gegenereer in twee fases. Aanvanklike data is verkry deur gebruik te maak van semi-gestruktureerde onderhoude. Die tweede fase was in die vorm van 'n oop vraelys wat gestruktureer was rondom die temas wat uit die aanvanklike onderhoude na vore gekom het.

3.2.1 Studie-populasie en steekproef

'n Studie-populasie bestaan per definisie uit al die individue wat aan die kriteria vir insluiting in die navorsingsprojek sou voldoen (Speziale-Streubert & Carpenter, 2003). Die populasie vir hierdie studie het bestaan uit al die gesondheidsberoepslui wat hulle verpligte

gemeenskapsdiens (VGD) in die Matzikama Sub-distrik (MSD) gedoen het tussen 2002, die jaar toe die eerste persoon aangestel is in die sub-distrik, en 2012, die jaar toe die navorsing uitgevoer is. Die studie-populasie was beperk tot vyftien persone, aangesien die verskillende poste sedert 2002 geleidelik ingefaseer is.

Drie van die vyftien persone in die studie-populasie was tydens die uitvoer van die navorsing en die onderhoude besig met hulle VGD. Van die ander twaalf het vier ná voltooiing van die VGD aangebly in die MSD waar hulle in privaat praktyke diens aanvaar het, en die ander agt het almal reeds die MSD verlaat. Slegs twee van laasgenoemde agt se kontaknommers kon van die kantoor van die Gemeenskapsgesondheidsdiens verkry word, en sosiale media (Facebook) is ingespan om diegene te probeer opspoor van wie daar nie ander besonderhede beskikbaar was nie. Vier kon opgespoor word, en dus kon elf van die aanvanklike vyftien in die studiebevolking uiteindelik gekontak word om aan die studie deel te neem.

Hierdie persone is almal per e-pos in 'n kort uiteensetting ingelig omtrent die beplande studie en genooi om aan die studie deel te neem. Nege van die persone het ingestem en het dus die finale steekproef gevorm: drie fisioterapeute, twee verpleegsters, 'n apteker, 'n arbeidsterapeut, 'n mediese dokter en 'n tandarts.

Die steekproef van nege persone mag wel klein klink, maar in hierdie geval was dit die totale aantal deelnemers wat die navorser beskikbaar gehad het vir die studie, aangesien die studiepopulasie vir hierdie studie ook nie groot was nie (Babbie & Mouton, 2001). Dit kan vir die studie as 'n gerieflikheidssteekproef beskou word (Maree, 2007). Die aard van die data-insameling met ryk data wat uit die in-diepte onderhoude verkry is, maak dit ook aanvaarbaar (Boyce & Neale, 2006).

3.2.2 Generering van data

Die versamel van inligting om data vir die studie te genereer, is 'n noodsaaklike komponent vir die suksesvolle voltooiing van enige navorsing (Brink, 2006).

1) *Instrument*

Vir hierdie studie is semi-gestruktureerde onderhoude gebruik, gerugsteun deur die navorser se kantaantekeninge sowel as opsommings deur deelnemers (sien Deelnemer-kontrole). Die voordeel van die onderhoud-metode as navorsingstegniek is dat dit aan die deelnemers die geleentheid bied om hulle uit te druk in hulle eie woorde en taal, terwyl die onderhoudvoerder temas in meer detail kan ontgin (De Vos, et al., 2011). Deur

kantaantekeninge te maak, kon die navorser nie-verbale gedrag soos liggaamstaal en -gebare, gesigsuitdrukkinge en stemtoon aandui, wat aanleiding kon gee tot meer ondersoekende vrae. Deur deelnemers te laat opsommings maak, is hulle die geleentheid gebied om die data te verifieer.

2) *Voorbereiding vir die onderhoude*

Toestemming vir hierdie navorsingsprojek is verkry van die Gesondheidsnavorsingsetiekkomitee van die Universiteit Stellenbosch (Verwysingsnommer: S12/05/126).

Aangesien daar vir sommige deelnemers aan die studie al 'n redelike tydsverloop was tussen hulle VGD in die MSD en die voer van die onderhoude, het alle deelnemers twee weke voor die onderhoude 'n brief met 'n kort vraelys (ADDENDUM A) per e-pos ontvang. Die doel daarvan was om hulle eerstens 'n kort oorsig van die studie te gee, en tweedens die geleentheid vir refleksie oor hulle eie VGD in die MSD voordat die onderhoude sou plaasvind. Die vraelyste se inligting is nie in die data-analise vervat nie, aangesien die vrae in die onderhoude gedek is.

3) *Onderhoudsproses*

Die onderhoude het plaasgevind tussen Junie en September 2012. Individuele onderhoude is met elke deelnemer gereël. Alle onderhoude is deur die primêre navorser gevoer en was, volgens die keuse van alle deelnemers, in Afrikaans.

Voor die aanvang van elke onderhoud is deelnemers

- (i) verseker van die vertroulikheid van die proses self en van die data wat verkry word;
- (ii) verseker dat hulle privaatheid te alle tye gerespekteer en beskerm sou word;
- (iii) verseker dat slegs inligting wat betrekking op die studie gehad het, sou ingesamel word;
- (iv) herinner dat hulle te enige tyd inligting waaroor hulle ongemaklik is, kan terugtrek deur dit van die klankopname te wis;
- (v) herinner dat hulle op enige stadium tydens die onderhoud van die studie kon onttrek, sou hulle ongemaklik wees met die proses;
- (vi) verseker dat elkeen die geleentheid sou hê om die rou data van die onderhoud te kontroleer en aan te pas, sou hulle dit nodig vind;

Deelname was vrywillig. Elke deelnemer het voor die aanvang van die onderhoud ingeligte, geskrewe toestemming vir deelname aan die studie, asook vir die maak van stemopnames tydens die onderhoude, gegee (ADDENDUM B).

Dieselfde vier vrae is tydens die onderhoude aan elke deelnemer gevra

- Hoe het jy jou oorgang van student na GP in die MSD ervaar en waarom sê jy so?
- Watter ondersteuning het jy tydens jou VGD ervaar en waarom sê jy so?
- Wat, dink jy, is die bydrae wat jou VGD tot die gemeenskapsgesondheid gemaak het en waarom sê jy so?
- Watter terugvoer sou jy gee rondom VGD in die MSD en waarom sê jy so?

Dit is gedoen om struktuur aan die onderhoud te gee en te verhoed dat daar van die onderwerp afgedwaal word. Die navorser het deurgaans gebruik gemaak van verbale en nie-verbale kommunikasietegnieke om oop-einde response aan te moedig.

Die navorser het twee opname-apparate gebruik tydens elke onderhoud om seker te maak data gaan nie verlore indien een apparaat nie funksioneer nie, en ook om meer opsies vir transkribering beskikbaar te hê ingeval klankopnames onduidelik was (Bailey, 2008). Die onderhoudvoering is gedoen in 'n kantoor weg van die deelnemers se werksplek om sodoende privaatheid en vertroulikheid te verseker. Sewe van die onderhoude is van aangesig tot aangesig gedoen, terwyl twee telefonies gedoen moes word omdat die deelnemers nie naby genoeg gewoon of gewerk het om dit direk te doen nie.

Die onderhoude het elkeen tussen 20 en 35 minute lank geduur. 'n Klankopname is van elke onderhoud gemaak en elkeen is na afloop van die onderhoud verbatim getranskribeer deur die onderhoudvoerder. Verifiëring van die transkripsies is gedoen deur 'n onafhanklike navorsingsassistent om te verseker dat dit volledig en korrek is (Koelsch, 2013; Morse, 2015).

4) *Deelnemer-kontrole*

Die betroubaarheid van resultate is die hoeksteen van goeie navorsing. In kwalitatiewe navorsing is die potensiaal daar dat die navorser se persoonlike oortuigings die stem binne die navorsing kan raak, veral waar die navorser self die data versamel en die analise van data doen (Miles & Huberman, 1994). Om dit te beperk en betroubaarheid te verhoog, is deelnemer-kontrole in hierdie studie toegepas (Lincoln & Guba, 1985) op drie stadium tydens die proses:

- (i) elke deelnemer is voorsien van 'n kopie van sy of haar getranskribeerde onderhoud om te kontroleer vir die inhoud daarvan. Opmerkings kon bygevoeg, gekorrigeer of geskrap word indien hulle dit sou verkies, waarna die transkripsies deur die deelnemers onderteken is ter bekragtiging van die inhoud.
- (ii) Deelnemers is versoek om elkeen 'n kort opsomming van hulle eie onderhoude saam te stel en te onderteken (ADDENDUM C).
- (iii) Na die analise van bogenoemde rou data het die navorser 'n kort opsomming wat die sentrale temas uit die onderhoude belig, saamgestel. Hierdie opsomming is per e-pos aan die deelnemers gestuur vir kommentaar, en elkeen het die dokument bekragtig deur die te onderteken.

Hoewel Morse (2015) voel dat deelnemer-kontrole onnodig is, het die navorser gevoel dit bevestig die betroubaarheid van die rou data en verminder die kans vir foutiewe aannames of projeksie van die navorser se persoonlike oortuigings.

3.2.3 Analise van data

'n Induktiewe benadering is gebruik om die onverwerkte data te analiseer en groot hoeveelhede data te kondenseer tot 'n bruikbare formaat deur temas te identifiseer en dit in kategorieë te plaas. Hieruit kon sleutelbegrippe en -konsepte geïdentifiseer word, en dit kan teen die agtergrond van die navorsingsvrae en –doelstellings geskou word (Thomas, 2006).

Kwalitatiewe data-analise is gedoen deur die herhaalde lees van transkripsies, opsommings en per hand gedoen, aangesien alle onderhoude in Afrikaans gevoer is, 'n medium waarin rekenaargebaseerde koderingsprogramme nie geredelik beskikbaar is nie. Die proses van vertaling ter wille van kodering is tydrowend en omslagtig, en aangesien die navorser in Afrikaans skryf, was die proses van hand-analise eenvoudiger.

Induktiewe kodering is gedoen deur die herhaalde lees van die transkripsies, opsommings en aanbevelings van elke deelnemer om sodoende die kerntemas en –tendense te identifiseer. Analise is per hand gedoen deur data met verligtingspenne te merk. Die onverwerkte data is georden met behulp van tematiese kodering soos beskryf deur Burnard (1991) en Miles en Huberman (1994).

Kodering is gedoen deur die primêre navorser, asook deur 'n onafhanklike persoon in die gesondheidsberoepsveld wat bekend is met navorsing en kodering, maar nie betrokke by enige van die respondente. Respondent-kontrole (Koelsch, 2013) is gebruik om geloofwaardigheid van die koderingsresultate te versterk: 'n proeflopie van die kodering is gedoen met twee van die transkripsies. Beide die kodeerders het dieselfde twee

transkripsies onafhanklik van mekaar gekodeer en dan 'n stel kodes saamgestel daarvolgens. Die kodes is vergelyk, bespreek en verfyn, en 'n finale stel kodes is opgestel. Die primêre navorser het al nege die transkripsies daarna volgens die finale lys gekodeer en die kodes toe gereduseer om herhalende temas en tendense te identifiseer. Die onafhanklike kodeerder het lukraak vier van die transkripsies gekies om ook te kodeer en temas en tendense daarvolgens te identifiseer. Hierdie temas en tendense is ook vergelyk en aangepas om sodoende die betroubaarheid van die navorsingsproses te bevestig (Saldanha & O'Brien, 2013).

3.2.4 Betroubaarheid (trustworthiness)

Die meetinstrumente wat vir kwalitatiewe navorsing gebruik word, verskil van dié van kwantitatiewe navorsing, en die begrip geldigheid (validity) kan nie as betroubaarheidsmaatstaf vir eersgenoemde gebruik word nie. Die betroubaarheid van hierdie navorsing word nagestreef deur seker te maak dat die respondernte se ervarings akkuraat volgens hulle beskrywings weergegee word (Henning, 2004).

(i) Geloofwaardigheid (credibility)

Geloofwaardigheid word beskryf as 'n bepaling van die navorser se sekerheid oor die waarheid van die bevindinge, gebaseer op die navorsingsontwerp, inligting en konteks (Creswell, 2013). In hierdie navorsing is geloofwaardigheid verkry deur een-tot-een onderhoude met individuele respondente waartydens elke respondent die geleentheid gekry het om sy of haar ervarings ten opsigte van die fenomeen van die studie te beskryf totdat versadiging van die data bereik is.

(ii) Konsekwentheid (dependability)

Dit verwys na die bestendigheid van die bevindinge sodat eksterne ouditering moontlik is (Creswell, 2013). Die navorser het alle aspekte van die navorsing volledig beskryf en gedokumenteer sodat assessering deur die onafhanklike kodeerder kon geskied.

(iii) Bevestigbaarheid (confirmability)

Dit dui op die mate waarin die bevindinge van die studie gevorm word deur die respondente en nie volgens die navorser se vooroordeel, motivering of belangstelling nie (Babbie & Mouton, 2001). Die navorser het alle onderhoude elektronies opgeneem met die skriftelike toestemming van die respondente. Hierdeur is die data ondersteun deur die getuigenis van die onderhoude. Aangesien al die onderhoude in Afrikaans was, was dit nie nodig om dit te vertaal nie. Die onderhoude is verbatim getranskribeer, en die transkripsies is vir bevestiging

van die inhoud deur die respondente gekontroleer en daarna onderteken. Daarna is die data is geanaliseer en gekodeer deur die navorser, en ook deur die onafhanklike navorser.

(iv) Oordraagbaarheid (transferability)

Oordraagbaarheid verwys na die mate waarin die resultate van kwalitatiewe navorsing veralgemeen kan word of oorgedra word aan ander kontekste en instellings. Dit is haalbaar wanneer die bevindinge van 'n studie toegepas kan word in 'n ander konteks of omgewing, of met ander groepe (Morse & Field, 1995). Hierdie studie is te klein om die resultate te veralgemeen, en dit kan in geheel dus nie as oordraagbaar beskou word nie. Deur die inligting uit die studie egter so realisties en ryk moontlik weer te gee, poog die navorser om dit moontlik te maak vir ander navorsers om 'n soortgelyke studie te kan doen om hoogstens resultate te vergelyk.

3.2.5 Etiese oorwegings

Hierdie navorsingsprojek is goedgekeur deur die Gesondheidsnavorsingsetiekkomitee van die Universiteit Stellenbosch (Verwysingsnommer: S12/05/126). Dit is uitgevoer volgens die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale Verklaring van Helsinki (Wêreld Mediese Vereniging, 2008) en die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (Mediese Navorsingsraad 2008).

Onderhoude is in 'n geslote lokaal weg van hulle werksplek gehou. Al die onderhoude was in Afrikaans, volgens die keuse van elke respondent. Vertroulikheid is tydens die verloop van die studie gehandhaaf en geen identifiserende besonderhede van die respondente is beskikbaar of is in die navorsingsverslag vervat nie. Anonimiteit is verseker deur alle name met numeriese kodes te vervang is. Aangesien die steekproef klein was, is daar ook nie in die studie na enige spesifieke beroep verwys wanneer data weergegee of bespreek is nie om te verhoed dat deelnemers só geïdentifiseer word.

Alle inligting word veilig geberg. Die stemopnames en transkripsies word bewaar in 'n toegangsbeheerde kluis, en rekenaargebaseerde data word met kode- en toegangsbeskerming beveilig. Stemopnames sal na afloop van die studie vernietig word om stemherkenning uit te skakel.

3.3 POSISIE VAN DIE NAVORSER

Dit is belangrik dat die spesifieke rol van die navorser in kwalitatiewe navorsing verduidelik word, aangesien dit nie moontlik is om die interpretasie deur die navorser te skei kan van die persoon self en van aspekte soos agtergrond, konteks en voorafkennis nie (Creswell, 2013).

Die navorser in hierdie studie is 'n fisioterapeut wat tans wat in die MSD praktiseer, maar wat tevore ook in Tygerberghospitaal en as dosent in fisioterapie aan die Fakulteit Geneeskunde by die Universiteit van Stellenbosch betrokke was. Sy was vir 'n tydperk van twaalf jaar op 'n deeltydse basis betrokke by die provinsiale hospitaal, maar op geen stadium by die kliniekdienste in die gemeenskap nie. Dit was belangrik om neutraliteit te behou ten opsigte van die navorsing en die onderhoude, en nie te poog om 'n bepaalde waarheid daar te stel nie. Dit het tot 'n paradigma-keuse gelei waar 'hoe'- en 'wat'-vrae beantwoord moes word. Verder is data deur 'n onafhanklike kodeerder gekontroleer.

3.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n uiteensetting van die navorsingsdoelwitte, die navorsingsontwerp en die navorsingsmetodiek gegee. Die metodologie omskryf die gebruik van 'n kwalitatiewe benadering en 'n ondersoekende, interpretatiewe navorsingsontwerp. Die studiebevolking en steekproef is bespreek, en data-insameling en data-analise is beskryf. Die hoofstuk sluit af met 'n etiese- en betroubaarheidsoorwegings, asook die verklaring van die navorser se posisie binne die navorsingsproses.

In die volgende hoofstuk word die resultate wat uit die dataverwerking na vore gekom het, weergegee en bespreek.

Hoofstuk 4: RESULTATE

No man has the right to dictate what other men should perceive.

-Ansel Adams

4.1 INLEIDING

Hierdie hoofstuk fokus op die bevindinge van die semi-gestruktureerde individuele onderhoude en die temas en sub-temas wat daaruit gegenereer is. Die doel van die studie was om die persepsies van nuut-gekwalfiseerde professionele gesondheidswerkers oor hulle verpligte gemeenskapsdiens in 'n landelike gemeenskap in die Wes-Kaap te ondersoek.

4.2 PROFIEL VAN DIE STEEKPROEF

Die inligting van deelnemers, soos verskaf tydens die onderhoude, word in Tabel 1 weergegee.

4.2.1 Demografiese samestelling van steekproef

Deelnemers is ter wille van anonimiteit numeries geklassifiseer (1-9) na aanleiding van die volgorde van die onderhoude, en verwysings geskied volgens die nommers.

Tabel 1: Demografiese samestelling van steekproef

Deelnemer nommer	Werksarea	Jaar gekwalifiseer	Jaar VGD	Ouderdom met VGD	Geslag
Deelnemer 1	Hospitaal	2011	2012	23	Vroulik
Deelnemer 2	Klinieke	2008	2012	26	Vroulik
Deelnemer 3	Klinieke	2006	2007	23	Vroulik
Deelnemer 4	Hospitaal	2008	2011	26	Manlik
Deelnemer 5	Klinieke	2010	2011	23	Vroulik
Deelnemer 6	Klinieke	2009	2011	26	Vroulik
Deelnemer 7	Klinieke	2009	2010	23	Vroulik
Deelnemer 8	Klinieke	2006	2007	24	Manlik
Deelnemer 9	Hospitaal	2008	2009	23	Vroulik

Om deelnemers te beskerm, is hulle beroepe nie aangedui op die tabel nie, maar slegs waar hulle plasing (hospitaal of klinieke) was, aangesien alle deelnemers óf by die een óf by die ander een gewerk het.

- Die groep het bestaan uit sewe dames en twee mans.
- Die ouderdomsverspreiding was 23 tot 26 jaar.
- Ses van die deelnemers het dadelik na graduering met hulle VGD begin.
- Twee het verpligte internskappe gedoen voor hulle VGD.
- Een deelnemer het buite die gesondheidsberoepsveld gewerk vir 'n tydperk van drie jaar voordat met VGD begin is.

4.2.2 Opleidingsagtergrond

Deelnemers was graduandi van vyf verskillende universiteite in Suid-Afrika. Gegewe die grootte van die steekproef, kan hulle as redelik verteenwoordigend van opleidingsentra in die land beskou kan word.

4.2.3 Keuse vir plasing (Tabel 2)

Al die deelnemers het nie verkies om in die MSD te werk nie, en sommige het gevoel die stelsel van keuring het hulle gefaal.

- Twee van die nege deelnemers was afkomstig van die MSD en een was bekend met die omgewing, en hulle het die MSD as eerste keuse vir hulle VGD aangedui.
- Een deelnemer het die MSD as 'n keuse uit die eerste groep gehad om "weg te kom uit die stad uit en Afrikaans te kan praat".
- Een deelnemer het die MSD as een van die eerste vyf opsies gekies omdat die deelnemer onder die indruk was dat dit 'n hospitaal-gebaseerde pos was.
- Twee deelnemers het die MSD as keuses in onderskeidelik die tweede en derde rondtes van keuring gehad.
- Twee deelnemers het glad nie die MSD oorweeg as opsie nie en sou verkies om 'nader aan die huis' te werk.

Tabel 2: Keuses van deelnemers ten opsigte van VGD in die MSD

Deelnemers	Rondte Een	Rondte Twee	Rondte Drie
4, 8, 9	Eerste keuse		
3, 7	Alternatiewe keuse		
2, 5		Alternatiewe keuse	Alternatiewe keuse
1, 6			Aangewys

4.3 AGTERGROND VAN WERKSOPSETTE

4.3.1 Werksomgewing

Die werksomgewing vir GPs wat VGD in die MSD gedoen het, het uit twee verskillende werksplasinge bestaan. Die mediese dokter en verpleegkundiges was in die hospitaal aangestel en het geen kliniekbesoeke in die distrik gedoen nie, terwyl die terapeute, apteker en tandarts slegs by die distriksklinieke gewerk het. Al die deelnemers was egter tydens die keuse-proses onder die indruk dat hulle in die plaaslike staatshospitaal sou werk, aangesien dit so op die departementele keuselys aangedui was.

1) *Provinsiale hospitaal*

Die drie deelnemers wat in die hospitaalposte aangestel was, het nie in distriksklinieke gewerk nie. Hulle het slegs in die hospitaal gewerk en het onder die hospitaal se bestuursplan geresorteer. Die 75-bed hospitaal het drie sale en 'n teater, trauma-afdeling, kraamsaal en psigiatrie-afdeling ingesluit. Daar was ook 'n aparte saal vir privaat pasiënte wat deur privaat praktisyns behandel is, terwyl die VGD-dokter na die 'staatspasiënte, soos na pasiënte wat van die publieke gesondheidsdienste gebruik maak, verwys is, omgesien het. Die privaat dokters was gekontrakteer om op 'n week-tot-week basis sessies in die hospitaal te doen om die VGD-dokter by te staan en die na-ure gevalle te hanteer. Die VGD-verpleegsters het saam met die res van die verpleegpersoneel in die verskillende sale gewerk en geroteer volgens die diensrooster. Aangesien die hospitaal heelwat verpleegassistentie in diens gehad het, was die VGD-verpleegsters op grond van hulle kwalifikasies as meer senior beskou en meer verantwoordelikhede opgelê.

2) *Distriksklinieke*

Die sewentien klinieke is versprei oor die hele MSD en die GPs het die klinieke in die distrik volgens 'n rooster op 'n rotasiebasis besoek. Dit was gekoördineer vanuit die kantoor van die Gemeenskapsgesondheidsdiens in Vredendal, waar die senior personeel verpleegkundiges was. Daar was ten tyde van die studie by die meeste klinieke slegs verpleegkundiges werksaam, terwyl sommige klinieke ook administratiewe personeel gehad het. Daar was geen terapeute by enige van die klinieke wat professionele leiding kon gee of as mentors kon optree nie. Die tandarts het 'n assistent gehad wat saam met 'n vorige tandarts wat VDG gedoen het, gewerk het en wat kontinuïteit in die diens gegee het.

Sommige van die klinieke was so ver as 180 km vanaf Vredendal. 'n Geldige rybewys was 'n vereiste vir VDG-poste. Die paaie na die afgeleë klinieke van die MSD was meestal grondpaaie met 'n baie swak ryvlak as gevolg van die grondoppervlakte van die gebied. Die

voertuie wat vir personeel beskikbaar gestel is, was bakkies en vierwieltrekvoertuie. Inwoners wat die paaie gebruik, het baie las van bandskade aan hulle voertuie as gevolg van die skerp klippe, en gemeenskapspraktisyne het dit as 'n bekommernis aangedui. Wanneer dit gereën het, was die paaie baie glad en moes daar 'n baie lae spoed gehandhaaf word, wat tydens na en van klinieke verleng en kontaktyd met pasiënte verder beperk het.

Die geriewe by die meeste buiteklinieke was beperk en kon nie meer as een GP op 'n slag huisves nie. Dit het tot gevolg gehad dat deelnemers gewoonlik alleen na die klinieke moes reis, wat die veiligheidsrisiko vir almal, en veral vir die vroulike deelnemers, verhoog het. Wanneer 'n roosterverandering veroorsaak het dat twee deelnemers wel gelyk by klinieke was, moes een van alternatiewe ruimtes gebruik om te werk. Deelnemers moes gevolglik soms onder 'n boom, of in die ontvangslokaal, of in 'n administratiewe lokaal of 'n vraghouer werk.

4.3.2 Oriëntering

Deelnemers het almal gedurende Februarie van hulle VGD-jaar 'n sentrale induksie-sessie vir alle GPs in VGD in die Weskus Distrik bygewoon. Die inligting het gehandel rondom die dienskontrakte en algemene werksvereistes. Deelnemers wat by die klinieke in die MSD gewerk het, het nie werklik 'n oriëntasie ten opsigte van die opset en vereistes binne die MSD self ontvang nie, eensyds omdat hulle diensaanmelding geskied het terwyl die personeel meestal met verlof was, en andersyds omdat die vorige GPs gedurende die vorige maand klaargemaak het met VGD en die MSD verlaat het.

4.3.3 Werkslading

Die werkslading het gewissel vir die verskillende beroepe, en die aantal pasiënte wat behandel of gekonsulteer is, kan nie die enigste norm wees waarvolgens die ladinge bepaal word nie. Daar was verskeie bydraende faktore:

- Die aantal klinieke – sewentien.
- Die afstande tussen die sentrale kantoor en die onderskeie klinieke – sommige klinieke is tot 180 km weg van die sentrale kantoor.
- Die afstande tussen die klinieke self – kliniekbesoekes kon nie gekombineer word om meer pasiënte te akkommodeer nie, aangesien dit te ver uitmekaar was.

Die meeste van die klinieke kon gevolglik net een maal per maand besoek word deur elke GP.

4.4 TEMAS

Die doelwitte vir die ondersoek was

- om deelnemers se persepsies van hulle oorgang van student na GPs te ondersoek, en
- om die uitdagings en ondersteuning wat GPs tydens VGD in die MSD ervaar het, te ondersoek

Temas vir die studie is verkry deur na herhalende tendense in die data te verwys. Twee hooftemas, elk met onderliggende sub-temas, kon onderskei word uit hoe die deelnemers hulle bydrae tot gemeenskapsdiens in die MSD beskou het (Tabel 3)

- Interne faktore – deelnemers se persepsies van hulle eie kennis, vermoëns en vaardighede
- Eksterne faktore – deelnemers se persepsies van aspekte van buite hulleself wat 'n invloed het op hulle vermoë om diens te lewer.

Daar was 'n onderskeid tussen die response van die groep deelnemers wat in die hospitaal gewerk het en die deelnemers wat in die klinieke gewerk het. (Ter wille van duidelikheid sal daar, wanneer onderskeid tussen die twee groepe aangedui word, verwys word na HGP (Hospitaal-) en KGP (Kliniek-Gemeenskapsdienspraktisyn). Wanneer daar geen onderskeid is nie, sal slegs GP gebruik word as verwysing.)

Tabel 3: Temas en sub-temas uit die data

Tema	Sub-tema
Interne faktore = die faktore wat inherent deel was van deelnemers en wat hulle kon bemagtig om as GPs te funksioneer	► Akademiese voorbereiding ► Professionele vaardighede ► Ondervinding ► Sosiale verantwoordbaarheid ► Onsekerheid
Eksterne faktore = Die faktore wat vanuit die omgewing en werksopset 'n invloed gehad het op hulle vermoë om diens te lewer	► Werksopset <ul style="list-style-type: none"> • Werksarea • Infrastruktuur • Veiligheid • Werkslading ► Ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> • Oriëntering en kontinuïteit

	<ul style="list-style-type: none"> • Posomskrywings • Verwysings • Mentors, seniors en interprofessionele - ondersteuning • Positiewe uitkomst • Terugvoer
--	---

4.5 OMSKRYWING VAN TEMAS

Data word bespreek onder die twee temas, Interne en eksterne faktore, met die sub-temas daaronder. Aanhaling is met 'n + of 'n – aangedui om dit as 'n positiewe of negatiewe opmerking te identifiseer.

4.5.1 Interne faktore

Interne faktore omskryf dié dinge wat as deel van die deelnemers se kwaliteite gesien kan word. Daar het vyf sub-temas onder hierdie hooftema uit die data na vore gekom.

1) *Akademiese voorbereiding*

Deelnemers het almal gevoel dat hulle met goeie akademiese vakkennis afgelewer is deur die universiteite toe hulle gegradeer het, en die meeste deelnemers was ook gemaklik met hulle kliniese vaardighede.

- + Ek kon onmiddellik voldoen met my kennis ... my vaardighede wat ek geleer het in my kursus. (Deelnemer 6)
- + Die kennis en vaardighede was darem daar ... goed op universiteit geleer. (Deelnemer 5)
- + ...my basiese kennis was voldoende om as (professie) te kon werk. (Deelnemer 2)
- + Ek het wel beskik oor die nodige kennis ... van my vakgebied. (Deelnemer 9)
- + My kennis en vaardighede rakende my beroep was voldoende ... (Deelnemer 3)

Daar was egter deelnemers wat gevoel het hulle moet vaardighede gebruik wat hulle nie geleer het nie, maar dit het positiewe resultate gehad.

- + Dis nie altyd moontlik om te doen soos jy geleer het nie ... dan het ek bietjie gesukkel tot ek dit kon doen (Deelnemer 7)
- + O, hulle het my die 'mooi' manier van doen geleer, maar as jy hier begin rondskarrel, moet jy self plan maak om dit te laat werk. 'n Mens leer vinnig. (Deelnemer 8)
- + Ek het simpel gevoel oor ek nie weet nie ... dit was 'n goeie leerskool! (Deelnemer 9)

2) *Professionele vaardighede*

Die literatuur gebruik verskeie terme om te verwys na die vaardighede wat oordraagbaar is tussen vakrigtings en beroepe. Dit term 'Graduate attributes' word deur universiteite gebruik (Stellenbosch Universiteit, Universiteit van Wes-Kaap) om die vaardighede te omskryf wat buite vakkennis om nodig is om graduandi suksesvol in die beroepswêreld te ontplooi.

Deelnemers het tot 'n groot mate gevoel dat hulle nie bemaagtig is met vaardighede wat nodig is vir die dag-tot-dag bestuur binne hulle beroepe nie omdat dit nie werklik voorgraads aangespreek is nie.

- ... baie onseker oor wat mense van my verwag behalwe my ... gewone werk. (Deelnemer 1)
- As jy die een is met die hoogste geleerdheid ... moet jy skielik ...alles kan organiseer (Deelnemer 6)
- Ek wens hulle het my geleer om moeilike mense te hanteer ... (Deelnemer 8)
- Niemand het ons in (beroep) geleer hoe om bestuurders te wees nie. (Deelnemer 2)

Die persepsies van sommige deelnemers was dat die tydperk wat hulle in VGD spandeer het, wel as 'n goeie leerskool gedien het om hierdie vaardighede aan te leer.

- + Dit voel ... of ek alles vir almal ... moet doen, en uiteindelik het ek baie daaruit geleer. (Deelnemer 9)
- + ... teorie kan mens ... nie voorberei op 'inter-personal' goed... 'staff management' nie, dit moes ek hier kom leer. (Deelnemer 3)

3) *Ondervinding in beroepsverband*

Twee van die deelnemers het eers 'n verpligte internskap as deel van hulle kursusvoltooiing gedoen voor hulle met VGD begin het. Beide was van mening dat hulle aanpassing by die onbekende opset makliker was as gevolg van die internskap, omdat hulle minder onseker was as toe hulle met hulle internskappe begin het. Hoewel die verpleegkundiges nie 'n formele internskap doen nie, is hulle opleiding eintlik 'n variant daarvan, aangesien hulle baie tyd binne die kliniese werksopset deurbring saam met senior personeellede, nie net uit die verpleegkorps nie, maar ook personeel van ander beroepe

- + Ek het dit in die sale geleer. (Deelnemer 1)
- + In die tyd as intern het ek baie meer geleer as al die tyd op universiteit (Deelnemer 4)
- + Jy leer baie ... dis kosbaar ... by die mense wat al jare ondervinding het (Deelnemer 6)
- + Dis waar jy regtig leer ... as jy iemand het wat jou wys hoe en jou help (Deelnemer 9)
- + Ek is baie bly ... doen nie éérs Comm Serve voor internskap nie. (Deelnemer 6)

4) *Sosiale verantwoordbaarheid*

Sommige deelnemers se beskouing van hulle betrokkenheid binne die gemeenskapsopset was gerig op die verpligting eerder as op die sosiale verantwoordbaarheid. Die motivering vir VGD was om registrasie by die Beroepsraad te kry eerder as 'n sosiale aanspreeklikheid.

- Dis gelukkig net 'n jaar, dan kan ek ... my eie ding doen. (Deelnemer 7)

- Ek weet ons moet dit nou doen ... die 'chap' te kry dat ek mag werk . (Deelnemer 8)
- Ek dink nie ons maak so 'n verskil nie. Die dokters, ja! (Deelnemer 5)
- Hier is niemand wat kyk wat mens doen nie ... kan eintlik ... enige iets doen. (Deelnemer 5)

Daar was egter deelnemers wat gevoel het die jaar is eintlik te min om iets te bereik

- + Ek het die jaar geniet want ek kon sien 'n klein bietjie word baie waardeer. Mens kan meer doen (Deelnemer 2)

5) *Onsekerheid*

Hoewel al die deelnemers genoem het dat hulle tot 'n mindere of meerdere mate met die aanvang van hulle VGD onseker gevoel het oor hulle eie vermoë om aan te pas by die nuwe werksomgewing, het die sub-tema veel sterker gefigureer onder die GPs wat by die klinieke diens gedoen het (KGPs). Die opset rondom die kliniekwerk (soos aangedui sal word onder 4.5.2) was primêr as stressor aangedui. Die onsekerheid by die GPs in die hospitaal (HGP's) was meer gerig op die ernstigheidsgraad van gevalle wat behandel is en die werkslading en nie oor die hospitaalopset nie.

- Jy's baie onseker aan die begin, maar aan die einde het jy darem so 'n idee wat jy doen. (Deelnemer 7)
- Dis anders as student wees ... ek was nie altyd seker of ek nog op pad is nie. (Deelnemer 7)
- Baie keer dink ek ... sjoe ... het ek nou ooit iets reggekry? (Deelnemer 7)
- + Natuurlik is jy bang jy doen iets verkeerd ... dis beter ... daar is altyd iemand om te vra. (Deelnemer 1)
- + Ek het nie geweet waar ek is nie ... beter gewees teen Julie-maand. (Deelnemer 5)

4.5.2 *Eksterne faktore*

Hieronder word die faktore omskryf wat deelnemers uit die omstandighede rondom hulle werksopsette gedeel het. Die data het hier heelwat onderliggende temas uitgelig wat as onderafdelings van die twee sub-temas bespreek word. Aanhalings is met 'n + of 'n – aangedui om dit as 'n positiewe of negatiewe opmerking te identifiseer.

1) *Werksopset*

Hierdie tema het baie kommentaar van die deelnemers ontlok. Die werksopset is vroeër volledig bespreek (verwys 4.3).

(i) *Werksarea*

Daar was 'n duidelike verskil tussen die kommentare van HGP's en KGP's, hoofsaaklik omdat eersgenoemde net in die hospitaal gewerk het en hulle werksdag en –ure dus meer gereedlik kon beplan en bestuur as die KGP's. KGP's was almal onkundig oor die feit dat dit kliniekgebaseerde poste was.

- Die eerste dag wat ek hier begin het, wel, ... ek het nie geweet van die klinieke waar ek gaan werk nie ek het gedink ek gaan by die hospitaal werk, dis toe die eerste wat ek hoor (Deelnemer 8)

- Ek het gedink dit gaan 'n hospitaalpos wees ... toe sê hulle nee, dis nou klinieke toe ... het geen idee gehad van die afstande of enige-iets soos dit nie. Ek het darem geweet dis 'rural'. (Deelnemer 3)
- Die dag toe ek hier instap, toe hoor ek ... dis klomp klinieke ... niks hospitaalwerk. (Deelnemer 6)
Ek het 'n dag vroeg opgedaag om te kyk hoe die hospitaelopset lyk ... toe hoor ek nee, dis klinieke toe met jou!. (Deelnemer 2)
- + Hospitale is mos maar eintlik almal dieselfde: sale, beddens, pasiënte, roetine ... (Deelnemer 4)

KGPs het gevoel dat die grootte van die werksarea en die tyd wat hulle spandeer om te ry, nie net baie kontra-produktief is nie, maar ook werksbevrediging affekteer. Die feit dat baie pasiënte net een maal per maand gesien word, het hulle laat voel dat dit meestal nie werklik 'n verskil kan maak nie.

- Nee, die kliniekopset was nie onbekend nie ... die afstande wel. Drie ure tot daar, weer drie ure terug ... twee ure om twintig mense te sien wat baklei oor wie moet oorstaan tot volgende keer. (Deelnemer 8)
- As die voertuie laat inkom, is jy ook laat om weg te kom ... alles is deurmekaar dan, jy voel so gejaag, jy's bang jy gooi die ding om. (Deelnemer 6)
- + Ek het nie geweet nie ... maar toe besluit ek: maak die beste daarvan ... ek het die mooiste foto's langs die pad geneem. (Deelnemer 7)

(ii) Infrastruktuur en hulpmiddels

Die beperkte ruimtes en roosterveranderinge het beplanning vir KGPs bemoeilik. Hulpmiddels en oefenapparaat moes meestal van kliniek tot kliniek vervoer word.

- 'n Verandering ... dan moet een van ons buite gaan werk. Dis gewoonlik ek, die tandarts het krag en water nodig ... (Deelnemer 7)
- Soms het ek sommer tussen die lessenaars of buite gewerk ... nie lekker vir privaatheid nie. (Deelnemer 3)
- + Gelukkig is die bakkies groot ... dit voel dan soos 'n mobiele gym wat jy het (Deelnemer 2)

(iii) Veiligheid

KGPs, en veral die vroulike deelnemers, het onveilig gevoel om die lang afstande op ondergediensde paaie te moet ry, veral as die paaie nat was. Die feit dat daar nie selfoonontvangs is nie, het dit vererger. Die opset en infrastruktuur het dit egter moeilik gemaak om sommige klinieksessies te kombineer.

- Dis elke keer 'n risiko om die paaie te ry ... ek probeer groter klinieke met die (beroep) kombineer, maar dis die ver rye wat sleg is. (Deelnemer 5)

(iv) Werkslading

Werksladings het gewissel, maar selfs wanneer daar min pasiënte bespreek was of opdaag by 'n kliniek op die buitewyke, het dit heelwat tyd in beslag geneem. Pasiënte moes meestal te voet by die klinieke uitkom en dit het dikwels tot afwesigheid of láát opdaag gelei. KGPs het gevoel dat die aantal klinieke veroorsaak dat die werk te veel is vir een persoon/terapeut.

- Dis baie frustrerend as jy gery het, en dag wag en wag jy net - partymaal vir niks. (Deelnemer 7)
- Party dae was jy moeg gewerk, party dae was jy moeg gery ... dit voel of jy altyd baie gewerk het. (Deelnemer 2)
- Jy kom nie by almal uit nie ... gewoonlik een keer per maand, en wat doen jy dan vir iemand wat skaars asem het om te stap? (Deelnemer 2)
- Meer (beroep) sal die lading verlig sodat mens meer effektiewe diens aan die pragtige mense van die Matzikama se distrik gelewer kan word, wat net eties korrek is. (Deelnemer 5)

HGPs se lading was wel hoog, maar die personeel is meer.

- + Die hospitaal is nooit stil nie, maar dan voel jy eintlik lekker moeg, want jy't gewerk! (Deelnemer 4)

2) Ondersteuning

(i) Oriëntering en kontinuïteit

Hier het deelnemers duidelike leemtes aangedui. HGPs het ook leemtes verklaar, maar tot 'n mindere mate as die KGPs, omdat hulle werksgebied in werklikheid afgebaken was vergeleke met die van die KGPs. Hulle het deurentyd ook toegang tot menslike hulpbronne gehad indien onsekerhede sou opduik. Nietemin het hulle gevoel 'n amptelike oriëntasie/induksie tot die werksarea en werksopset sou hulle gouer hulle voete laat vind het.

Alle deelnemers aan die studie het nie 'n proses van oriëntasie deurloop nie, want dit is ingestel nadat 'n aantal KGPs al hulle VGD voltooi het. Dit het geskied aan die einde van die eerste werksmaand, en wel in 'n sentrale area in die Weskus waar alle GPs wat in die Weskus Distrik aangestel was VGD, dit bygewoon het. Deelnemers het aangedui dat die inligting generies was wat betref die logistiek rondom die aanstellings (verlof, siekverlof) maar nie spesifiek rondom die Matzikama Sub-Distrik (MSD) nie. Omdat GPs wat hulle VGD voltooi, 'n maand voor die nuwe GPs opdaag, is dit moeilik om riglyne en inligting te gee, en is daar ook nie werklik kontinuïteit rondom die diens nie.

- Dis baie sleg om so rond te val om dinge uit te vind. (Deelnemer 2)
- Dit voel of dit die helfte van die jaar vat om alles uit te vind ... wat jy die eerste dag eintlik al moes hoor. (Deelnemer 7)
- Dit het gevoel of ek die eerste (beroep) was wat vir my Comm Serve (sic) daarheen gegaan het ... niks om mee te werk nie. (Deelnemer 2)

Slegs een van die deelnemers het die kontinuïteit self aangespreek deur die opvolger te kontak en 'n oorhandigingslys van pasiënte deur te gee. Die tydsverloop tussen die beëindiging van een GP se diens en die opvolger se uitplasing na die klinieke self, het die waarde daarvan egter beperk.

(ii) Posbeskrywing

Die HGP's het nie spesifieke posbeskrywings gehad nie, maar het gevoel die generiese posomskrywings wat hulle tydens opleiding mee bekend geraak het, hulle gemaklik kon laat aanpas. Die KGP's het egter nie spesifieke posomskrywings gekry nie, en dit het ruimte gelaat vir wangebruik.

- Niemand het eintlik geweet wat hulle verwag nie, want die werk is só wyd verspreid ... op die ou einde het ek omtrent die hele jaar rolstoele gesoek en getel ... (Deelnemer 7)
- 'n Mens kan eintlik kies wat jy wil doen ... ek het mos eers drie jaar gedans. Nou, toe leer ek saam met die (beroep) die kindertjies by die gestremdes dans. (Deelnemer 2)
- ... baie maklik om te 'slip' (sic) en niks te doen in so 'n opset, min toesig. Ek hoop van harte ek het nie hard gewerk net dat die volgende (beroep) weer afbreek wat ek probeer opbou het nie ... (Deelnemer 5)

(iii) Verwysings

Kliniekpersoneel is nie altyd op hoogte van die verskillende beroepe en werksvelde nie, veral omdat die KGP's so min by die onderskeie klinieke kom. Foutiewe verwysings is nie net frustrerend vir die KGP's nie, maar veral ook vir pasiënte wat dikwels lank wag vir afsprake en oor redelike afstande moet stap tot by die klinieke.

- Ek kry die mense jammer as hulle by my opdaag en dit moes die (beroep) wees. Ag wat, dan vryf ek maar die ou rug of skouer en sit en gesels die res van die tyd. (Deelnemer 3)

(iv) Mentors, senior kollegas en eweknie-ondersteuning

Deelnemers het 'n tekort aan mentors en ondersteuning van senior personeel in hulle beroep as 'n groot leemte aangedui. Hulle eie gebrek aan ondervinding maak dit moeilik om altyd met insig keuses en besluite te maak. Die blootstelling aan kliniekwerk tydens opleiding was altyd ondersteun deur die doserende en opgeleide personeel, maar wanneer die vangnet nie daar is nie, is besluitneming dikwels 'n stressvolle operasie wat met heelwat spanning gepaard gaan. Hoewel diegene wat voor VGD internskappe gedoen het, ook gemeld het dat mentors belangrik is, het hulle minder blootgestel gevoel om self besluite te moes neem

- Mens mis dit baie dat jy iemand kan vra vir hulp as jy onseker is. (Deelnemer 8)
- Partykeer wil ek net dat iemand kyk en vir my sê "Well done!" (Deelnemer 6)
- Ek is maar bang ek maak 'n verkeerde besluit ... as ek onseker is, doen ek liever niks. (Deelnemer 3)

- + Ek het gekyk hoe (naam) dit gedoen het, dan het ek dit net ge'copy'. (Deelnemer 1)
- + Dis makliker as jy iemand het saam met wie jy kan praat ... twee dink mos beter as een. (Deelnemer 9)

(v) Positiewe uitkomst

Deelnemers het die professionele interaksie met GPs van ander beroepe as baie waardevol beskryf, veral vir die interpersoonlike ondersteuning en samewerking. Die leerprosesse wat met die blootstelling gepaard gegaan het, is as baie positief beskryf, en hulle het dit, asook die groter waardering vir ander beroepe as 'n positiewe uitkoms van hulle VGD ervaar.

- + Ek het meer 'competent' gevoel oor die werk wanneer ek en die (beroep) saam iets kon doen as alleen het gevoel ek leer baie meer (Deelnemer 7)
- + Dit is beter om saam te werk – mens kan anders oor goed leer dink dan ... soosrt van uit die box, jy weet. (Deelnemer 7)
- + Dit het my stress beslis minder gemaak om saam te werk ... anders het ek seker dit nie gemaak nie, die lading was net erg! (Deelnemer 8)

(vi) Terugvoer en amptelike diensbeëindiging

Daar was geen amptelike kanaal in plek waardeur GPs terugvoer kon gee of voorstelle kon maak aan die bestuurspan of na die DvG rakende hulle dienstydpark in die MSD nie. Ten spyte van die negatiewe ervarings met diensaanvaarding en die probleme wat deelnemers tydens hulle dienstydpark ervaar het, het geen deelnemer self terugvoer gegee aan enige van die twee groepe nie.

- Hulle het dit nie gevra nie. (Deelnemer 7)
- Die jaar was verby, en ek was net dankbaar om klaar te wees. (Deelnemer 7)
- Ek het nie gedink dit gaan regtig enige verskil maak nie. (Deelnemer 3)
- Ek dink nie dit maak saak nie. Die departement wou mos net hê dat ek my jaar moes doen. (Deelnemer 2)

Deelnemers was nietemin duidelik oor wat hulle sou sê as terugvoer verpligtend was.

- Hulle moet ons voor die tyd info gee oor wat ons kan verwag (Deelnemer 4)
- Die inligting moet duideliker wees ... dat mens soort van kan beplan (Deelnemer 3)
- Daar moet 'n (beroep) wees wat kan help as jy vasdraai, nie net (beroep) nie. Ek is mos darem 'n (beroep). (Deelnemer 7)

Daar was geen amptelike dokument wat voltooi moes word om te bevestig dat deelnemers hulle VGD voltooi het nie.

- Daar was niks om te teken of om saam te vat wat gesê het ek het my Comm Serve wel gedoen nie. Ierwers is dit darem seker aangedui. (Deelnemer 8)
- My nuwe werkgever het omtrent geskarrel om iets te kry as bewys sodat sy my kan aanstel. Seker bang vir iets soos 'n onwettige werker. (Deelnemer 5)
- Mens wonder of hulle regtig omgee of ons dit (VGD) gedoen het? (Deelnemer 6)

4.6 SAMEVATTING

Uit die analise van die data kon duidelike temas waargeneem word soos wat dit in hierdie hoofstuk weergegee is. In die volgende hoofstuk word die resultate bespreek aan die hand van die doelwitte wat vir die navorsing gestel is.

Hoofstuk 5: BESPREKING

The question is not what you look at, but what you see.

≈ Henry David Thoreau ≈

5.1 INLEIDING

Verpligte gemeenskapsdiens (VGD) gaan oor meer as net die transformasie van student na professionele gesondheidsdienswerker. Dit is by uitstek ook 'n wisselwerking tussen die ontwikkeling van die professionele persoon binne die raamwerk van dienslewering, waarvan die doelwitte vir VGD spreek (Mohamed, 2005; Michaels, Reid & Naidu, 2014): dienslewering, (Moleko, Msibi & Marshall, 2014), 'n leerproses (Mpofu, Daniels, Adonis & Karuguti, 2014) en volhoubaarheid (Jenkins *et al.*, 2015). Primêr is die aanbieding van VGD gerig op dienslewering (Reid & Conco, 1999), waarsonder dit net voortgesette opleiding in 'n alternatiewe opset sou wees. Die uiteindelijke doel van VGD is juis om diens volgehou te kan lewer in 'n spesifieke milieu: die deel van die gemeenskap wat nie andersins die diens sou kon bekostig of bereik nie (Jenkins *et al.*, 2015; Lehmann, Dieleman & Martineau, 2008). Tussen die primêre en die uiteindelijke doel van VGD, staan die student-cum-GP wat die diens aanbied en die leerproses ervaar. VGD is dus uiteindelik tegelyk die oorgang van student na GP en die deurgang van dienslewering na die gemeenskap.

Die oorgang van student na GP kan daarom nie geskei word van die dienslewering nie, en om die navorsingsdoelwitte te bereik, het die navorser dit aan die deelnemers oorgelaat om deur hulle persepsies en ervaring as't ware self die verhaal binne VGD te skets deur die proses van die onderhoud. Persepsie is die opneem van indrukke in die brein soos wat dit deur die sintuie waargeneem en deur die brein geïnterpreteer word (Pharos), en ervaring is die verwerwing van kennis deur ondervinding (HAT: Verklarende woordeboek). Hoewel daar in die navorsing plek is vir die waarderende ondersoek ('appreciative enquiry') (Mostert-Wentzel *et al.*, 2013) wanneer 'n model geskep of aangepas word (Richter, Ritchie & Marchionni, 2009), was die doel van hierdie studie 'n ondersoek van persepsies van deelnemers uit verskillende beroepsagtergronde oor 'n verloop van tyd binne 'n spesifieke opset. Die doel was juis om ongefilterde inligting te verkry. Om betekenis uit die inhoud van die persepsies te kry, is die waarom-vraag dus eerder gebruik: waarom sê jy so?

- Hoe het jy jou oorgang van student na GP in die MSD ervaar en *waarom sê jy so?*
- Watter ondersteuning het jy tydens jou VGD ervaar en *waarom sê jy so?*

- Wat, dink jy, is die bydrae wat jou VGD tot die gemeenskapsgesondheid gemaak het en *waarom sê jy so?*
- Watter terugvoer sou jy gee rondom VGD in die MSD en *waarom sê jy so?*

5.2 PERSEPSIES BINNE DIE DOELWITTE VAN DIE NAVORSING

In hierdie onderafdeling word die resultate bespreek na aanleiding van die navorsingsvrae wat vir die navorsing gestel is.

- Wat was die GPs se persepsie van die oorgang van student na GP?
- Wat ondersteuning en uitdagings en het GPs tydens VGD in die MSD ervaar?

5.2.1 Persepsie van die oorgang van student na GP

Uit die resultate van die studie het dit duidelik geblyk dat deelnemers uit twee invalshoeke na hulle voorbereiding kyk (4.5.1)

- akademiese kennis en beroepsvaardighede,
- professionele vaardighede,

(i) Akademiese kennis en beroepsvaardighede

Deelnemers het gevoel dat hulle goed voorbereid was om diens te lewer volgens hulle akademiese kennis (4.5.1) (Wranz, 2011; Beyers, 2013). Hulle was ook in die oorgang van student na GP gemaklik met die idee van 'n omgewing wat soortgelyk was aan wat vir hulle bekend was: die feit dat almal verwag het om in die hospitaal te werk eerder as in 'n kliniekopset, en veral dat dit 'n rede vir die MSD as keuse vir VGD was (vir diegene wat hulle keuse van plasing gekry het), bevestig dit (4.5.1,5). Die voorbereiding om in die kliniekopset te werk was nie so gevestig nie, aangesien

- die blootstelling heelwat minder was tydens opleiding
- die klinieke nie so afgesonderd was nie
- die diens onder toesig en met leiding van senior personeel geskied het.

Die onsekerheid wat hier aangedui was, is 'n bewys dat, terwyl hulle hulself as goed vaardig en kundig beskou het, was die transformatiewe leerproses nie werklik ontwikkel, of dalk net nie voldoende gestimuleer binne die opset nie. Die meeste van die deelnemers se VGD was reeds voltooi ten tyde van die studie, en tog was die uitgangspunt binne die

verwysingsraamwerk steeds vanuit hulle 'aangeleerde' vaardigheidsvlakke en nie vanuit die diskoers-posisie (Mezirow, 2000) nie.

Die verpleegsters en dokter het slegs in die hospitaal gewerk. Hulle ervaring van kliniekdiens het nie in hierdie studie enige inpak gehad nie, aangesien hulle geen kliniekdiens gedoen het nie. Wat wel na vore gekom het uit die studie, was dat hulle makliker aangepas het in die nuwe werksomgewing en nie dieselfde mate van aanpassingsprobleme gehad het as die kliniekgebaseerde GPs nie. Daar kan twee redes hiervoor wees: die feit dat beide groepe meer vertrouwd was met die tipe opset waarin hulle gewerk het, maar ook omdat hulle ondervinding in die opset meer was. Die verpleegsters het baie praktiese ure tydens hulle opleiding gehad, en die dokter het 'n internskap van twee jaar gehad wat ondervinding beteken het (Nkabinde *et al.*, 2013). Internskappe word internasionaal in verskeie beroepe gebruik omdat dit die geleentheid is om ondervinding op te doen. Die deelnemers aan die studie wat direk van die universiteit na VGD beweeg het, het almal gevoel dat die gebrek aan ondervinding hulle onseker gelaat het, ten spyte van die tevredenheid wat hulle vlak van kennis en vaardighede betref (de Villiers & de Villiers, 2006). Dit bevestig die waarde van 'n internskap vir studente in die gesondheidsdienste, ten spyte van die negatiewe persepsies daarvan (Erasmus, 2012).

Die feit dat die hospitaal GP (HGP) maklik kon aanpas by die opset as die kliniek GP (KGP) by hulle s'n, dui enersyds op die feit dat bekendheid met 'n omgewing veerkragtigheid en die vermoë om aan te pas, verhoog (McCann *et al.*, 2013), maar bied ook 'n sterk standpunt vir die diensleer binne internskap (Nkabinde *et al.*, 2013). Dit bied aan die student binne die internskap, of in die geval van die verpleegsters wat baie meer kliniese ure tydens hulle opleiding het, 'n geleentheid om ondervinding op te doen wat die veerkragtigheid verder ondersteun as wat by die KGPs die geval was (4.5.1, 3 en 4).

(ii) Professionele vaardighede

Hier was die algemene persepsie dat die voorbereiding onvoldoende was. Die gebrek aan bestuurs- en leierskapsvaardighede is veral aangedui as 'n leemte, veral by gebrek aan ervare en senior personeel. Hoewel universiteite die afgelope jare raamwerke vir vaardighedsmodelle saamgestel het (US, UWK), is dit nog nie dermate oorgedra of aangeneem deur GPs dat hulle spontaan in die rolle kan beweeg nie. Die veerkragtigheid om aan te pas by die nuwe werksomgewing (Rees, Breen, Cusack & Hegney, 2015) word tot 'n groot mate deur die onsekerheid in hierdie rolle beïnvloed. As in ag geneem word dat die VGD net een jaar duur, sou die vroeë erkenning van hierdie vaardighede binne die GPs nie net hulle eie selfwaarde aanspreek nie, maar ook positief inwerk op die gemeenskap waar hulle betrokke is (Viviers, Lachance, Maranda & Menard, 2008).

Die oorgang van student na GP word uit twee hoeke beskou: die vertrek uit een domain en die aankoms in die volgende een. Vir studente in die gesondheidswetenskappe behels die vertrek twee dinge: die opneem van die pakket met kennis en vaardighede waarmee hy of sy gedurende die tydperk as student toegerus of bemagtig is, en die weggaan uit die bekende opleidingsomgewing waar die toerusting of bemagtiging beslag gekry het.

Die eerste, naamlik die opneem van kennis en vaardighede, word omvat deur die kurrikulum. Die universiteit het nie (meer) net die verantwoordelikheid om die student primêr te bemagtig met kennis en vaardighede nie, maar moet die student ook bemagtig met vaardighede wat wyer kan kyk en luister (Jones *et al*, 2001) deur die kurrikulum. Die aankoms behels 'n onbekende domain: 'n nuwe hoedanigheid as GP, in 'n nuwe, dikwels vreemde, omgewing. Die toerustingspakket moet in die nuwe domain getoets word. Die vraag is: hoe beskou die GP die pakket, en kan daar in die onderrigproses iets wees soos 'n volledige pakket (Jones *et al*, 2001)? Die transformatiewe leerproses (Mezirow, 2000) word die GP juis uitgedaag om eerstens op 'n nuwe manier na die inhoud van die pakket te kyk, en om daaruit ander leermetodes te soek terwyl die proses 'n voortgesette evaluasie van die eie leerproses insluit. Die proses is dus nie net in een rigting nie: dis 'n nuwe leerproses vanuit die kennis waarmee die GP aanvanklik vanuit die kurrikulum toegerus is, en dit groei uit leerprosesse wat deur die nuwe omgewing gestimuleer word (de Villiers & de Villiers, 2006).

Die universiteit het ook die verantwoordelikheid om studente te bemagtig met akademiese kennis en vaardighede wat gespesifiseer is vir die professie (HESA & SAQA, 2009), maar ook om sosiale aanspreeklikheid te aanvaar (Michaels, Reid & Naidu, 2014) vir die gemeenskap waarbinne die diens gelewer word. Dit plaas dus die verantwoordelikheid wat die universiteit teenoor die GP as student dra, met graduering tot 'n mate oor op die skouers van die student as nuwe GP. Aan die ander punt het die gemeenskap self ook die verantwoordelikheid teenoor die nuwe GP om 'n omgewing te skep waarin hierdie sosiale verantwoordbaarheid verder kan ontwikkel (Visagie & Swartz, 2016). In hierdie leerproses is die gemeenskap dus die vennoot wat diensleer toelaat: vir die gemeenskap, maar nie sonder die gemeenskap nie (Hunt *et al*, 2011).

5.2.2 Persepsie van ondersteuning en uitdagings van GPs tydens VGD in die MSD (4.5.2)

Die gemeenskap waar VGD plaasvind, het 'n groot invloed op die ervarings wat GPs oor die VGD, maar ook oor hulle eie vermoëns vorm (Reid, 2001). Die wyse waarop die GP ontvang word binne die opset, vorm ook deel van die oorgang van student na GP. Dit is die eerste kennismaking met sowel VGD as die spesifieke opset self en vorm 'n basis waarop die GP se persepsie van VGD self gebou word. Een van die primêre doelwitte van VGD is die retensie van gesondheidswerkers in die landelike gemeenskappe, en dit word beïnvloed deur die wyse waarop nuwe werknemers met die bekendstelling verwelkom en georiënteer word (Hatcher, Onah, Kornik, Peacocke & Reid, 2014).

Wanneer GPs deur die departement in VGD-poste geplaas word, is dit die verantwoordelikheid van die fasiliteit om die GPs te verwelkom. Dit behels dat die inligting omtrent die plasing korrek deurgegee word aan die DvG, sodat dit so kan verskyn op die databasis van waar finale jaar studente hulle keuses uitoefen (Hatcher *et al.*, 2014). Die onsekerheid van 'n nuwe pos skep reeds die geleentheid vir onsekerhede (Govender *et al.*, 2015), wat negatief versterk word deur oningeligtheid. Die verantwoordelikheid sou sekerlik ook rus op die GP om vooraf inligting in te win omtrent die plasing, maar inligting op 'n nasionale databasis sou verstaanbaar as korrek aanvaar kon word. Deelnemers het dus nie gedink dis nodig om die Gemeenskapsgesondheidskantoor in die MSD te kontak vir navrae nie.

Deelnemers het gemeld dat die gebrek aan oriëntasie hulle onsekerheid oor hulle VGD vereger het. Oriëntasie ten opsigte van 'n nuwe pos is 'n aanvaarde beginsel in die beroepswêreld (Ramklass, 2009), en fasiliteite waar VGD gedoen word, moet die verantwoordelikheid hiervan teenoor nuwe werknemers aanvaar (Hatcher *et al.*, 2014). GPs wat in die hospitaal gewerk het, kon betreklik vinnig hulle weg vind ten spyte van 'n gebrek aan formele oriëntasie omdat hulle bekend was met die algemene samestelling 'n hospitaalopset. Die GPs wat in die klinieke moes werk, was egter onkundig omtrent die aantal klinieke en die geografie van die MSD.

Parallel met oriëntasie, was die behoefte aan werksomskrywings (Hatcher *et al.*, 2014). Deelnemers het geen werksomskrywings ontvang nie. GPs in die hospitaal kon makliker aanpas daarsonder omdat hulle in 'n groter opset gefunksioneer het en dus ondersteuning byderhand gehad het (Nkabinde *et al.*, 2013). Die GPs wat die klinieke bedien het, het gemeld dat hulle as gevolg daarvan gevoel het dat hulle nie effektief kon beplan en werk nie.

Kontinuiteit is een van die seker maniere om die wiele van 'n organisasie aan die gang te hou (Haggerty *et al.*, 2003). Daar was geen kontinuïteit in die diens wanneer VGDs die diens

aan die einde van die jaar verlaat het nie omdat hulle jaarlikse verlof saamgeval het met die voltooiing van hulle VGD, en deelnemers het dit as 'n leemte beskou.

Swak organisasie en beplanning, hetsy van die kant van bestuur of deur die GPs self, verhoed die suksesvolle retensie van gesondheidswerkers in afgeleë landelike gebiede (Lehmann *et al.*, 2008), wat dienslewering aan die gemeenskap affekteer. Die sosiale verantwoordelikheid rus dus ewe sterk op die bestuur van landelike gemeenskappe as op GPs om retensie te bevorder (Michaels *et al.*, 2014).

Die verder afwesigheid van mentors en professionele leiding het die GPs in die klinieke as 'n groot leemte aangedui. GPs in die hospitaal se persepsies van onsekerheid was minder, wat toegeskryf kan word aan die teenwoordigheid van senior personeel (Beyers, 2013). Ondervinding neem tyd, en die afwesigheid van mentors en senior personeel met ondervinding vertraag die professionele ontwikkeling van jong GPs (Maseko, 2014). Rees *et al* (2015) onderstreep die belangrikheid van goeie ondersteuning van GPs deur basiese strukture en riglyne effektief in plek te hê.

Terwyl die afwesigheid van oriëntasie, werksomskrywings en mentors as 'n gebrek aan ondersteuning aangedui is, het deelnemers die interaksie tussen die verskillende lede van die gesondheidsdiensspan as 'n aansporing en positiewe aspek van die VGD beskou. (Jenkins *et al.*, 2015)

VGD in 'n landelike area in Suid-Afrika is dikwels 'n uitdaging as gevolg van die onderontwikkelde omgewing en die swak infrastruktuur (Grut *et al.*, 2012). Deelnemers het beide as uitdagings tydens hulle VGD beskou, met min geriewe wat gedeel moes word, en met die lang afstande en ondergeskikte paaie wat 'n veiligheidsrisiko ingeholu het. Werkloadings was, as gevolg van die verspreidheid van die klinieke, as 'n uitdaging beskou. Deelnemers het gevoel dat logistieke rondom die werkslading, saam met die afstande en die infrastruktuur, van die groot uitdagings vir dienslewering was (Cassim & Rugganan, 2014).

5.3 TERUGVOER

Terugvoer in enige bedryf is 'n verantwoordelike manier om die diens te ondersteun of te verbeter (Saedon *et al.*, 2012). Deur dit nie te doen nie, word die sosiale aanspreeklikheid teenoor die werkgewer en die volgende werknemers ter syde gestel en die gemeenskap van beter dienste weerhou. Dit sluit ook die terugvoer van gemeenskapskantore rakende die voltooiing van VGD deur GPs in. Die erkenning deur GPs dat daar geen terugvoer gegee of gevra is nie (4.5.2, 2(vi)), dui in effek op 'n onbetrokkenheid by die diens en daardeur by die gemeenskap, omdat probleme nie aangespreek kan word nie (Kothari *et al.*, 2011). Die

werkgewer en die bestuurders het die verantwoordelikheid teenoor die werknemer om hom of haar aanspreeklik te hou vir terugvoer, asook teenoor die gemeenskap, om die terugvoer te evalueer en om dan, waar nodig, aanpassings te maak Mostert-Wentzel *et al*, 2013).

5.4 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het die resultate van die studie in oënskou geneem en bespreek. Die volgende hoofstuk sluit die gevolgtrekking, asook voorstelle wat uit die bespreking vloei, in. Tekortkominge uit die studie word ook genoem.

Hoofstuk 6: GEVOLGTREKKINGS, VOORSTELLE EN BEPERKINGS

6.1 INLEIDING

Die doelwitte van die studie was:

- om deelnemers se persepsies van hulle oorgang van student na GPs te ondersoek, en
- om die uitdagings en ondersteuning wat GPs tydens VGD in die MSD ervaar het, te ondersoek

6.1.1 Die oorgang van student na GP

Die persepsies van die GPs in die studie kan in twee groepe geplaas word. Die groepe wat meer ondervinding opgedoen het deur internskappe of deur meer kliniese werk, het oor die algemeen meer positief gevoel oor hulle oorgang van student na GP. Die rede kan een van twee wees: óf hulle het meer geleentheid gehad om aan die tipe opset gewoond te raak vanweë die leersituasie wat 'n internskap bied, óf hulle kon hulle eie leerprosesse moduleer omdat daar kliniese leiding was terwyl hulle aan hoë werksladings blootgestel was. Die feit dat hulle wel in die hospitaal gewerk het soos hulle verwag het, het die onsekerheidsfaktor vir hulle tot 'n groot mate beperk.

Die groep deelnemers wat direk van die universiteit na VGD beweeg het, het die oorgangsproses as moeiliker en meer negatief ervaar. Die rede daarvoor kan ook tweërlei wees: ener syds dat die opleidingsopset hulle nie geforseer het om werklik verantwoordelikheid vir transformerende denkprosesse te neem nie omdat daar nog 'n vangnet onder hulle was, en andersyds omdat hulle, buiten vir die kliniese ure as deel van die akademiese program, nog nie werklik aan die tipe werksopset soos wat die baie klinieke in die MSD behels het, blootgestel was nie. Selfs die kliniekervarings tydens die opleidingsfase was vir hulle georganiseer, en die ontwikkeling van vaardighede soos bestuurs, projekbeplanning en konflikthantering is nie werklik aangeleer nie.

Een aspek wat egter by beide groepe opgeval het, was die motivering om VGD te doen. Geeneen van hulle het enige van die drie redes vir VGD wat deur die DvG en die universiteite onderskryf word (sien 1.2.1) genoem as rede waarom hulle VGD doen nie. Die reaksies was eerder in lyn met die anekdotiese bewyse wat van vele ander studente en GPs oor VGD gegee word: dit is die enigste manier waarop registrasie by die professionele beroepsraad (HPCSA) en waarop hulle dan as professionele gesondheidspersone mag werk

in Suid-Afrika. Dit skep reeds by die student die persepsie dat VGD in der waarheid net iets is wat so gou moontlik agter die rug moet kom, sonder dat daar veel sosiale aanspreeklikheid of verantwoordelikheid in die redenasie betrokke is.

6.1.2 Die ondersteuning met die oorgang van student na GP

Hier was die persepsies van veral die KGPs, maar ook tot 'n mindere mate die HGP's, dat hulle oorgang 'n groot deel onsekerheid behels het. Die foutiewe aanduiding van die plasing in die departementele lys het daartoe bygedra, aangesien niemand voorbereid was op die logistiek wat VGD in die MSD behels het nie. GPs het gevoel dat hulle baie makliker sou kon aanpas indien hulle geweet het wat VGD in die MSD behels.

Die onsekerheid in VGD was verder versterk deur die afwesigheid van 'n oriënteringsprogram en werksomskrywing. Hoewel daar 'n persepsie is dat werksomskrywings eintlik inherent die kritiese denkvermoë van die werker kan inperk, is die waarde daarvan vir nuwe en onervare werknemers beduidend. Dit sou kon verhoed dat GPs aktiwiteite kies wat nie werklik tot die behoeftes van die gemeenskap spreek nie. Die afwesigheid van 'n oriëntering ten opsigte van die VGD, asook van werksomskrywings van die poste.

In dieselfde sin is die afwesigheid van mentors en senior personeel met ondervinding een van die probleme wat GPs pertinent genoem het as 'n tekortkoming in die opset. Buiten dat dit waardevolle leiding weerhou waarvan die gemis uiteindelik deursypel na die gemeenskap, is 'n mentor en rolmodel ook 'n waardevolle leerhulpmiddel in die praktyk. Daarsonder kan geleer word, maar die proses is veel moeiliker en langer, en die gemeenskap ontbeert uiteindelik die diens.

6.2 VOORSTELLE

Daar is bepaalde voorstelle wat uit hierdie studie gemaak kan word na aanleiding van die resultate en gevolgtrekkings.

6.2.1 Voorbereiding van studente vir VGD

Die universiteite moet aan studente meer geleenthede bied om leierseienskappe te ontwikkel en te moduleer. Die onsekerheid en onvermoë hieromtrent affekteer nie net die situasie waarbinne die gebrek daaraan uitspeel nie, maar dit veroorsaak ook spanning by die GPs omdat hulle onbevoeg kan voel. Bestuursvaardighede kan straks meer prakties aangespreek word as leierskapsvaardighede deur van bestuursprogramme gebruik te maak.

6.2.2 Voorbereiding van werksareas om GPs te ontvang

Die foutiewe aanduidings in die poste-register verwar GPs en kan tot vertraging in die aanpassing by die opset lei. Die Departement van Gesondheid moet die databasisse kontroleer en die inligting korrek weergee om verwarring by studente wat moet aansoek

doen, te verhoed. Die feit dat GPs VGD reeds beskou as iets wat net verby moet kom, dui reeds daarop dat GPs nie verkies om in afgeleë gemeenskappe te werk as dit nie 'n verpligting is nie. Indien die idee van vrywillige retensie 'n werklikheid moet word, sal die administratiewe sake aangespreek moet word.

Die afwesigheid van 'n basiese oriënteringsprogram en werksomskrywing het werkseffektiwiteit negatief beïnvloed. 'n Voorstel moet aan die Departement van Gesondheid gemaak word dat daar riglyne neergelê word vir alle gemeenskapsareas wat GPs ontvang om die oorgang na VGD en die voorbereiding van nuwe GPs te koördineer. Die internet en sosiale media is 'n realiteit, en dit kan as hulpmiddel aangewend word om werksomskrywings en oriëntasies te doen wanneer daar 'n tekort aan mannekrag of wat dit kan doen.

Terugvoer van GPs wat hulle VGD voltooi kan waardevolle inligting deurgee wat kan gebruik word om die tekortkominge aan te spreek en probleme te identifiseer. Die Departement van Gesondheid moet 'n stelsel daarstel waardeur dit aangebied kan word. Dit kan ook dien as 'n amptelike vorm waarmee die suksesvolle voltooiing van die VGD bevestig word. Werkgewers in die staat en die private sektor het geen ander bewys dat iemand wat in diens geneem word, wel die VGD voltooi het nie.

Die probleem van mentors vir jong graduandi wat in afgesonderde gebiede werk, moet ondersoek word. By kursusse waar daar nie internskappe betrokke is nie, kan die aanbeveling gemaak word dat die kliniese of praktiese kurrikulum so gestruktureer word dat studente gedurende hulle finale jaar voltyds werk.

Wanneer die aantal poste vir VGD in landelike gebiede bepaal word, moet die Departement van Gesondheid na die hele opset, wat infrastruktuur, afstande en verspreiding van klinieke binne die gebied insluit, kyk en nie net na die inwonertal nie, sodoende kan 'n groot gebied effektiewer bedien word.

6.3 BEPERKINGS

Die studie was beperk tot 'n enkele gemeenskap omdat daar spesifieke behoeftes geïdentifiseer is. Hoewel die steekproef klein is, kan die voorstelle wat op die bevindinge gebaseer is, waardevol vir wees vir alle plasinge van VGD.

'n Verdere beperking was dat die navorser, wat deel is van die studie, ook die onderhoude gedoen het. Dit kon tot sydigheid in die proses gelei het.

Die studieleier is ook nie tans 'n opvoeder nie, maar praktiseer in die gebied van die MSD en is bewus van die behoeftes wat daar in die gemeenskap bestaan rondom VGD. Dit kon

veroorzaak dat die klem van die navorsing eerder na die kliniekopset as na die opvoedkundige opset kan neig.

6.4 SLOTSOM

Hierdie studie het gefokus op die persepsies van gemeenskapsdienspraktisyns (GPs) in die landelike gemeenskap van die Matzikama Sub-Distrik in die Wes-Kaap. Die twee doelwitte vir die studie is bereik, naamlik om die GPs se oorgang van student na GP te evalueer, en tweedens om die ondersteuning en uitdagings wat hulle in die gesig gestaar het tydens hierdie dienstyds, te evalueer. Die resultate dui daarop dat GPs beter toegerus moet word vir die oorgang van student na GP. Opleidingsinstansies moet studente bemagtig met die eienskappe wat nodig is om in redelike professionele isolasie steeds te funksioneer. Hoewel die studie enkele positiewe aspekte uitlig, dui dit veral aan dat die ondersteuning van GPs in 'n klein, afgeleë gemeenskap dikwels gebreke gaan aan veral ondersteuning, en dat daar 'n behoefte is wat inligting en professionele leiding betref.

VERWYSINGS

Ashmore J. 2013. 'Going private': a qualitative comparison of medical specialists' job satisfaction in the public and private sectors of South Africa. *Human Resources for Health* 11(1).

Ataguba, J.,E. & Akazili, J. 2010. Health care financing in South Africa: moving towards universal coverage. *Continuing Medical Education*, 28(2):74-78.

Babbie, E. & Mouton, J. 2010. *The Practice of Social Research*. Cape Town: Oxford University Press.

Barrie, S.C. 2006. Understanding what we mean by generic graduate attributes of graduates. *Higher Education*, 51(2):215-241.

Barrie, S.C. 2007. A conceptual framework for the teaching and learning of generic graduate attributes. *Studies in Higher Education*, 32(4):439–458.

Bailey, J. 2008. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice*, 25(2): 127-131. [Intyds]. Beskikbaar: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/25/2/127.full.pdf+html> [2016, September 24].

Beyers, B. 2013. Experiences of community service practitioners who are deployed at a rural health facility in the Western Cape. Ongepubliseerde magister-verhandeling. Kaapstad: Universiteit Wes-Kaap.

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C. & Walter, F. 2016. Member checking : A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qualitative Health Research*, 26(13):1802-1811.

Boelen, C. 2004. Building a socially accountable health professions school: Towards unity for health. *Education for Health*, 17(2): 223-231.

Boelen, C. 2008. Social Accountability: Medical Education's Boldest Challenge. *MEDICC Review*, 10(4): 52.

Boelen, C. & Heck, J. 1995. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 80(7):53. [Intyds]. Beskikbaar: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59441/1/WHO_HRH_95.7.pdf [2016, November 12].

Bola, S., Trollip, E. & Parkinson, F. 2015. The state of South African internships: A national survey against HPCSA guidelines. *South African Medical Journal*, 105(7):535-539.

Bowden, J., Hart, G., King, B., Trigwell, K. & Watts, O. 2000. Generic capabilities of ATN university graduates, Canberra: Australian Government Department of Education, Training and Youth Affairs.

Boyce, C. & Neale, P. 2006. Conducting in-depth interviews: A guide for designing and conducting in-depth Interviews for evaluation input. *Pathfinder International Tool Series*. [Intyds]. Beskikbaar: <http://compositionawebb.pbworks.com/f/conducting+in+depth+interviews.pdf> [2016, September 17].

Brems, C., Johnson, M.E., Warner, T.D. & Roberts, L.W. 2007. Exploring differences in caseloads of rural and urban healthcare providers in Alaska and New Mexico. *Public Health*, 121(1):3-17.

Brennan, N., Corrigan, O., Allard, J., Archer, J., Barnes, R., Bleakley, R., Collett, T. & de Bere, S. 2010. The transition from medical student to junior doctor: Today's experiences of tomorrow's doctors. *Medical Education*, 2010;44(5):449-458.

Brink, H. 2006. 2^{de} Uitgawe. *Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals*. Kenwyn: Juta.

Burch, V. 2011. Fit for purpose? The appropriate education of health professionals in South Africa. *South African Medical Journal*, 101(1). [Intyds]. Beskikbaar: ISSN 2078-5135 [2016, September 17].

Burch, V. & van Heerden, B. 2013. Are community service doctors equipped to address priority health needs in South Africa? Editorial. *South African Medical Journal*, 103(12):905.

Burnard, P. 1991. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6):461-466.

Campbell, N., McAllister, L. & Eley, D. 2012. The influence of motivation in recruitment and retention of rural and remote allied health professionals: a literature review. *Rural and Remote Health*, 12:1900. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.rrh.org.au> [2016, September 24].

Cassim, N. & Ruggunan, S., 2014, A qualitative study of the factors influencing the global migration of anatomical pathologists in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid Journal of Interdisciplinary Health Services*, 19(1), Art. #811, 9 pages. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.811> [2016, November 24].

Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D. & McIntyre, D. 2009. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *The Lancet*, 374: 817-34.

Couper, I. 2005. Developing mentors for community service doctors. *South African Family Practice*, 47(1):42-43. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.1080/20786204.2005.10873169> [2016, November 10].

Creswell, J.W. 2013. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

De La Harpe, B., Radloff, A. & Wyber, J. 2000. Quality and generic (professional) skills. *Quality in Higher Education*, 6(3):231–243.

De Villiers, M.R. & de Villiers, P.J.T. 2006. The knowledge and skills gap of medical practitioners delivering district hospital services in the Western Cape, South Africa. *South African Family Practice*, 48(2):16.

De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B. & Delport, C. S. L. 2011. *Research at Grass Roots: for the Social and Human Service Professions*. Hatfield: Van Schaik Publishers.

Doherty, J.E., Cooper, I.E., Campbell, D. & Walker, J. 2013. Transforming rural health systems through clinical academic leadership: lessons from South Africa. *Rural and Remote Health*, 13: 2618. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.rrh.org.au>. [2016, November 14].

Dovlo, D. 2005. Wastage in health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 3(6), 1-9.

Dunn, L.B., Iglewicz, A. & Moutier, C. 2008. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*, 32:44–53.

Dussault, G. & Franceschini, M.C. 2006. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* 4(12). [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12> [2016, September 29].

Erasmus, L., Poluta, M. & Weeks, R. 2012. Integrated assessment and management of health care infrastructure and technology. *Features Innovate*, 7:22-30.

Erasmus, N. 2012. Slaves of the state – medical internship and CS in South Africa. *South African Medical Journal*, 102(8):655–658.[Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.7196/samj.5987> [2016, September 17].

Frank, J.R. (red.) 2005. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P.W. & Ross, H. 2010. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin World Health Organization*, 88:364–370.

Gaede, B. & Versteeg, M. 2011. The state of the right to health in rural South Africa. Hoofstuk 9 in: South African Health Review 2011. *Health Systems Trust*, Durban, 2011. [Intyds]. Beskikbaar: <http://rhap.org.za/wp-content/uploads/2013/11/Chap-9-State-of-right-Rural-Health-pgs-99-106.pdf> [2016, September 20].

Gillam, S. 2008. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *British Medical Journal*, 336(7643):536–538.

Govender, S., Brysiewicz, P. & Bhengu, B. 2015. Perceptions of newly-qualified nurses performing compulsory community service in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 38(1), Art. #1474,

8 pages. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1474>. [2016, Oktober 18].

Green-Thompson, L.P. 2013. Are we socially accountable educators? *African Journal of Health Professions Education*, 5(1):2. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.ajhpe.org.za/index.php/ajhpe/article/view/264/135> [2016, November 19].

Grut, L., Mji, G., Braathen, S.H. & Ingstad, B. 2012. Accessing community health services: challenges faced by poor people with disabilities in a rural community in South Africa. *African Journal of Disability*, 1(1), Art. #19, 7bladsye. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.4102/ajod.v1i1.19> [2016, November 20].

Gulliford, M., Naithani, S. & Morgan, M. 2006. What is continuity of care? *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(4):248-250.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. & McKendry, R. 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425):1219–1221.

Harris, B., Goudge, J., Ataguba, J.E., McIntyre, D., Nxumalo, N., Jikwana, S. & Chersich, M. 2011. Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32(S1):S102-S123.

HAT Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal. 2000. Kaapstad: Perskor.

Hatcher, A.M., Onah, M., Kornik, S., Peacocke, J. & Reid, S. 2014. Placement, support, and retention of health professionals: national, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. *Human Resources for Health*, 12:14. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.human-resources-health.co./content/12/1/14>. [2016, November 12].

Health Professiona Council of South Africa. <http://www.hpcs.co.za/>

Henning, E. 2004. *Finding your way in qualitative research*. Pretoria; van Schaik.

Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. 1959. *The motivation to work*. 2^{de} Uitgawe. New York: John Wiley.

Hongoro, C. & Normand, C. 2006. Health workers: building and motivating the workforce, in D Jamison et al. (eds.). *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edn, Oxford, New York, pp. 1, 309-1,322.

Higher Education South Africa (HESA) and The South African Qualifications Authority (SAQA). 2009. Graduate attributes: A baseline study on South African graduates from the perspective of employers. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.saga.org.za/docs/genpubs/2009/graduate_attributes.pdf [2016, November 04].

Hunt, J.B., Bonham, C. & Jones, L. 2011. Understanding the goals of service learning and community-based medical education: a systematic review. *Academic Medicine*, 86(2):246-251.

Index Mundi. Mortality Rate from Tuberculosis in South Africa. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.indexmundi.com/south_africa/tuberculosis-mortality.html [2016, September 20].

Jenkins J.S., Gunst C., Blitz, J. & Coetzee J.F. 2015. What keeps health professionals working in rural district hospitals in South Africa? *Afr J Prm Health Care Fam Med*, 7(1):805. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.805> [2016, September 12].

Jones, R., Higgs, R., de Angelis, C. & Prideaux, D. 2001. Changing face of medical curricula. *The Lancet*, 357:699-703.

Kautzkyi, K., & Tollman, S.M. 2008. In: South African Health Review 2008. Barron P, Roma-Reardon J, editor. Durban: *Health Systems Trust*, 2008. A perspective on primary health care in South Africa; bl. 17–30.

Khan, N.B., Knight, S. & Esterhuizen, T. 2009. Perceptions of and attitudes to the compulsory community service of therapists in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Communication Disorders*, 56:17–22.

Kitchenham, A. 2008. The evolution of John Mezirow's transformative learning theory. *Journal of Transformative Education*, 6(2):104-123.

Koelsch, L.E. 2013. Reconceptualizing the Member Check Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 12:168-179.

Körner, M., Göritz, A.S. & Bengel, J. 2014. Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction. *International Journal Of Health Professions*, 1(1):5-12.

Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R, & Sibbald, S. 2011. Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 11:173. [Intyds]. Beskikbaar: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-173> , [2016, November 20].

Kruger, S.B., Nel, M.M. & van Zyl, G.J. 2015. Implementing and managing community-based education and service learning in undergraduate health sciences programmes: Students' perspectives. *African Journal of Health Professions Education*, 7(2):161-164.

Labonté, R., Sanders, D., Mathole, T., Crush, J., Chikanda, A., Dambisya, Y., Runnels, V., Packer, C., MacKenzie, A., Murphy, G.T. & Bourgeault, I.L. 2015. Health worker migration from South Africa: causes, consequences and policy responses. *Human Resources for Health* 13(92). [Intyds]. Beskikbaar: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0093-4> [2016, Oktober 31].

Lehmann, U., Dieleman, M. & Martineau, T. 2008. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*, 8(1):19. [Intyds]. Beskikbaar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2259330/> [2016, November 12].

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

Linzer, M. 2009. Preventing Burnout in Academic Medicine. *Archives of Internal Medicine*, 169(10):927-928.

Lutgei, E., Friedmani, I. & Mbathai, T. 2008. A review of health research in South Africa from 1994 to 2007. In: P. Barron , J. Roma-Reardon, Reds. *South African Health Review, Durban: Health Systems Trust*. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.hst.org.za/uploads/files/chap14_08.pdf [2016, September 20].

Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K., Guest, G. & Namey, E. 2005. *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. North Carolina: FHI.

Madden, V.J., O'Sullivan, P., Fisher, J. & Malambule, B. 2013. Our training left us unprepared' – two physiotherapists' reflections after working with women with low back pain in a rural Zulu community in South Africa. *Journal of Community and Health Sciences*, 8(2):9-18.

Mahood, S. 2011. Medical education: Beware the hidden curriculum. *Canadian Family Physician*, 57(9):983-985.

Makoni, M. 2009. South Africa: Doctor brain drain continues. *University World News*. [Intyds]. 437(36). Beskikbaar: <http://www.universityworldnews.com/article.php?story=20090828110200990&query=Doctor+brain+drain> [2016, November 12].

Mann, K.V. & Gaufberg, E. 2016. Role modelong and mentoring in the formation of professional identity. in R.L. Cruess, S.R. Cruess & Y. Steinert (reds.) 2^{de} Uitgawe. *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press.

Maraais, S.M. 2001. 'n Generiese model vir 'n effektiewe mentorskapprogram. Ongepubliseerde magister-verhandeling. Pretoria: Universiteit Pretoria.

Maree, K. 2007. *First steps in research*. Pretoria: Van Schaik.

Maseko, L.J. 2014. Factors that influence choice of placement for community service among occupational therapists in South Africa, *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(1):36-41.

Matzikama Plaaslike Munisipaliteit (WC011). 2015. *The Local Government Handbook of South Africa* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.localgovernment.co.za/locals/view/228/Matzikama-Local-Municipality#overview> [2016, September 27]

McCann, C.M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C. & Huggard, J. 2013. Resilience in the health professions: A review of recent literature.

International Journal of Wellbeing, 3(1):60-81. [Intyds]. Beskikbaar: doi:10.5502/ijw.v3i1.4 [2016, November 20].

McCoy, D., McPake, B. & Mwapasa, V. 2008. The double burden of human resource and HIV crises: a case study of Malawi. *Human Resources for Health*.;6:16. [Intyds]. Beskikbaar: doi: 10.1186/1478-4491-6-16. [2016, Oktober 16].

Mediese Navorsingsraad. 2008. *Guidelines on ethics in medical research: General principles* [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.mrc.ac.za/ethics/ethicsbook1.pdf> [2016, September 29].

Mezirow, J. 1985. A critical theory of self-directed learning. In S. Brookfield (red). *Self-directed learning: From theory to practice (New Directions for Continuing Education, 25)*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mezirow, J. 1997. *Transformative Learning: Theory to Practice. New Directions for Adult and Continuing Education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Mezirow, J. 2000. Learning to think like an adult – core concepts of transformation theory. in: J Mezirow J & Assosiate, (Reds.) 1^{ste} Uitgawe. *Learning as Transformation*. San Francisco, VSA: Jossey-Bass.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. 1994. 2^{de} Uitgawe. *Qualitative Data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Moalosi, R., Oladiran, M.T. & Uziak, J. 2012. Students' perspective on the attainment of graduate attributes through a design project. *Global Journal of Engineering Education*, 14(1):40-46.

Mohamed, S.E. 2005. Community service for health professionals to improve services. *Focus*, 1(2). [Intyds]. Beskikbaar: http://vosesa.org.za/focus/vol1_no2/index.html?article_4.html~content [2016, Oktober 19].

Moleko, W., Msibi, E.B. & Marshall, C. 2014. Recent developments in ensuring quality of care in health establishments in South Africa. *Health Systems Trust* [Intyds]. Beskikbaar: http://www.hst.org.za/sites/default/files/Recent_Developments.pdf [2016, November 24].

Morse, J.M. & Field, P.A. 1995. 2^{de} Uitgawe. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Morse, J.M. 2015. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative health Research*, 25(9): 1212-1222.

Moscato, D. 2005. Using technology to get employees onboard. *Human Resources Magazine*, 50(4):107–109.

Mostert-Wentzel, K., Frantz, J. & Van Rooijen, A.J. 2013. A model for community physiotherapy from the perspective of newly graduated physiotherapists as a guide to curriculum revision. *African Journal of Health Professions Education* , 5(1):19-25.

Mpofu, R., Daniels, P.S., Adonis, T-A. & Karuguti, W.M. 2014. Impact of an interprofessional education program on developing skilled graduates well-equipped to practise in rural and underserved areas. *Rural and Remote Health* 14: 2671. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.rrh.org.au> .[2016, September 09]

Murray, R.B., Larkins, S., Russell, H., Ewen, S. & Prideaux, D. 2012. Medical schools as agents of change: socially accountable medical education. *The Medical Journal of Australia*, 196(10):653.

Naidoo, S. & Chikte, U. 2002. Community dental service: the first year. *South African Dental Journal*, 2002;57(5):193–6.

Neuman, W.L. 2006. *Analysis of qualitative data. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (pp.457-489). Boston MA: Allyn and Bacon.

Nkabinde, T.C., Ross, A. Reid, S. & Nkwanyana, N.M. 2013. Internship training adequately prepares South African medical graduates for community service – with exceptions. *South African Medical Journal*, 103(12):930-934.

Ogilvie, L., Mill, J.E., Astle, B., Fanning, A. & Opare, M. 2007. The exodus of health professionals from sub-Saharan Africa: balancing human rights and social needs in the twenty-first century. *Nursing Inquiry*, 14:14–124.

Padarath, A., Chamberlain, C., McCoy, D., Ntuli, A., Rowson, M. & Loewenson, R. 2003. Health personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain. EQUINET,

Health Systems Trust [Intyds]. Beskikbaar:

http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/D9B348EC5D521BE9492573FD00023ABD-Full_Report.pdf [2016, September 30].

Passi, V., Doug, M., Peile, E., Thistlethwaite, J. & Johnson, N. 2010. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International Journal of Medical Education*, 1:19-29.

Pharos Verklarende Afrikaanse Woordeboek. 2010. Kaapstad: Pharos.

Ramklass, S.S. 2009. Physiotherapists in under-resourced South African communities reflect on practice. *Health and Social Care in the Community*, 17(5):522-529.

Reardon, C. & George, G. 2014. An examination of the factors fueling migration amongst Community Service practitioners. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2014;6(1), Art. #625, 9 pages. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.625> [2016, November, 4].

Rees, C.S., Breen, L.J., Cusack, L. & Hegney, D. 2015. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in Psychology*, 6(73). [Intyds]. Beskikbaar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316693/> [2016, November 20].

Reid, S.J. & Conco, D. 1999. Monitoring the Implementation of Community Service. Hoofstuk 17 in: *South African Health Review 1999*. Health Systems Trust, Durban, 2000. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter17_99.pdf [2016, Oktober 30].

Reid, S. 2001. Compulsory community service for doctors in South Africa – an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*, 91(4):329–336.

Reid, S.J. 2002. Community service for health professionals. In P. Ijumba, A. Ntuli, P. Barron (reds.) *South African Health Review*. Durban: Health Systems Trust:136-160.

Reid, S.J. 2006. Rural health and transformation in South Africa. *South African Medical Journal*, 96(8): 676-677.

Reid, S.J. 2016. Onderhoud, 702 Talk Show 19 Mei. Kaapstad. [Intyds]. Beskikbaar: <http://702.co.za/articles/13681/is-compulsory-community-service-for-sa-s-health-professionals-a-win-win> [2016, November 12].

Reid, S.J., Chabikuli, N., Jaques, P.H. & Fehrsen, G.S. The procedural skills of rural hospital doctors. *South African Medical Journal*, 1999;89(7):769-774.

Republiek van Suid-Afrika. Departement van Gesondheid. 1997. *Witskrif oor die transformasie van die gesondheidstelsel in Suid-Afrika*. Pretoria: Staatsdrukkery.

Republiek van Suid-Afrika. *Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika*, No 108 van 1996. Pretoria: Staatsdrukkery

Republiek van Suid-Afrika. *National Qualifications Framework Act 67 of 2008*. Pretoria: Staatsdrukkery. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.saga.org.za/docs/legislation/2010/act67.pdf> [2016, Oktober 31].

Rhode, J., Cousens, S., Chopra, M., Tangcharoensathien, V., Black, Bhutta, Z.A. & Lawn, J.E. 2008. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*, 372:950-61.

Richer, M., Ritchie, J. & Marchionni C. 2009. If we can't do more, let's do it differently!: Using appreciative inquiry to promote innovative ideas for better healthcare work environments. *Journal of Nursing Management*, 17(8):947-955.

Rowles, J., Morgan, C., Burns, S. & Merchant, C. 2015. Faculty perceptions of critical thinking at a health sciences university. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 13(4):21-35.

Roziers, R.L., Kyriacos, U. & Ramugondo, E.L. 2014. Newly qualified South African nurses' lived experience of the transition from student to community service nurse: a phenomenological study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(2):91-100.

Saldanha, G. & O'Brien, S. 2013. *Research methodologies in translation studies*. New York: Routledge.

Saedonr, H., Salleh, S., Balakrishnan, A., Imray, C.H.E. & Saedon, M. 2012. The role of feedback in improving the effectiveness of workplace based assessments: a systematic review. *BMC Medical Education*, 12(25). [Intyds]. Beskikbaar: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-25> [2016, November 20].

Sibille, K., Greene, A. & Bush, J.P. 2010. Preparing physicians for the 21st century: Targeting communication skills and the promotion of health behavior change. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 16(1):7-13.

Speziale-Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. 2003. *Qualitative research in nursing* 3^{de} Uitgawe: Lippincott Williams & Wilkins

Steele, M.M., Fisman, S. & Davidson, B. 2013. Mentoring and role models in recruitment and retention: A study of junior medical faculty perceptions. *Medical Teacher*, 35(5):e1130-e1138. [Intyds]. Beskikbaar: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.735382> [2016, November 25].

Tabvuma, V., Georgellis, Y. & Lange, T. 2015. Orientation Training and Job Satisfaction: A Sector and Gender Analysis. *Human Resource Management*, 54(2):303-321.

Thomas, D.R. 2006. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2): 237-246.

Universiteit van Stellenbosch. Centre for Health Professions Education: Graduate attributes. [Intyds]. Beskikbaar: http://www.sun.ac.za/english/faculty/healthsciences/chpe/Pages/Graduate_attributes.aspx [2016, November, 10].

Universiteit Wes-Kaap. UWC Charter of Graduate Attributes. [Intyds]. Beskikbaar: <https://www.uwc.ac.za/TandL/Pages/Graduate-Attributes.aspx> [2016, November 10].

Van Rensburg, H.C.J. 2014. South Africa's protracted struggle for equal distribution and equitable access – still not there. *Human Resources for Health*, 12(26). [Intyds]. Beskikbaar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029937/pdf/1478-4491-12-26.pdf> [2016, Oktober 31].

Verenigde Nasies (VN). 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata* [Intyds]. Beskikbaar: <http://watchlist.org/wordpress/wp-content/uploads/Universal-declaration-of-human-rights.pdf> [2016, April 30].

Versteeg M, & Couper I. 2011. Position Paper: Rural Health - Key to a Healthy Nation. Johannesburg: Rural Health Advocacy Project. [Intyds] Beskikbaar: http://www.rhap.org.za/document-library/doc_details/55-rhap-position-paper-rural-health2011 [2016, November 4].

Visagie, S. & Schneider, M. 2014. Implementation of the principles of primary health care in a rural area of South Africa. *African Journal of Primary Health Care Family Medicine*, 6(1) Art. #562. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.phcfm.org> [2016, November 20].

Viviers, S., Lachance, L., Maranda, M-F. & Menard, C. 2008. Burnout, psychological distress and overwork: the case of Quebec's ophthalmologists. *Canadian Journal of Ophthalmology* 43(5):535- 546.

Vries, E.D. & Reid, S. 2003. Do South African medical students of rural origin return to rural practice? *South African Medical Journal*, 93(10):789–93.

Walker, J.H., De Witt, D.E., Pallant, J.F. & Cunningham, C.E. 2012. Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. *Rural and Remote Health*, 12(1908). [Intyds]. Beskikbaar: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1908.pdf [2016, November 14].

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata [Intyds]. Beskikbaar: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [2016, April 30].

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2007. The World Health Report 2007. A safer future. Global public health security in the 21st century 2007 [Intyds]. Beskikbaar: www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf [2016, April 30].

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2008. Primary health care, now more than ever. Geneva: Wêreldgesondheidsorganisasie.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2010. The World Health Report – Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: Wêreldgesondheidsorganisasie.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2010. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: Wêreldgesondheidsorganisasie.

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2015. Tracking universal health coverage: First global monitoring report [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/en/> [2016, September 28].

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2007. HIV/AIDS Programme. Strengthening health services to fight HIV/AIDS. Taking stock. Task shifting to tackle health worker shortages. http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf

Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO). 2016. WHO calls on countries and partners to "Unite to End Tuberculosis" [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/tb-day/en/> [2016, September 28]

Wêreld Mediese Vereniging. 2008. WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3> [2016, September 29].

Wilson, N.W., Couper, I.D., De Vries, E., Reid, S., Fish, T. & Marais, B.J. 2009. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* 2009:1060. [Intyds]. Beskikbaar: <http://www.rrh.org.au>. [2016, September 04].

Woollard, R.F. 2006. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Medical Education*, 40:301-303.

Woollard, B. & Boelen, C. 2012. Seeking impact of medical schools on health: Meeting the challenges of social accountability. *Medical Education*, 46(1):21–27.

Wranz, E.S. 2011. Compulsory Community Service for Speech-language and Hearing Therapy Professionals: Readiness, Reality and Readjustment. Ongepubliseerde magister-verhandeling. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.

Wright,,J., Williams, R. & Wilkinson, J.R. 1998. Health Needs Assessment: Development and Importance of Health Needs Assessment. *British Medical Journal* 316(7140):1310-1313.

Yorke, M. 2006. *Employability in Higher Education: What it is - What it is Not. Learning and Employability Series*. Berkshire: Open University Press.

Zaayman, L.S. 2016. Professional nurses' experiences of their community service placement year at a secondary academic hospital in the Western Cape. Ongepubliseerde magister-verhandeling. Kaapstad: Universiteit Wes-Kaap.

ADDENDA

Addendum A:

RESEARCHER/ NAVORSER:

Elna (WJ) Esterhuyse

Student number/ Studentenommer:

10634916

RESEARCH TOPIC / NAVORSINGSONDERWERP:

DIE PERSEPSIES VAN NUUT-GEKWALIFISEERDE PROFESSIONELE GESONDHEIDSWERKERS OOR HULLE VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS IN 'N LANDELIKE GEMEENSKAP IN DIE WES-KAAP.

This questionnaire will lead as guideline for the interviewer of a qualitative research project.

Hierdie vraelys sal dien as riglyn vir die navorsers van 'n kwalitatiewe navorsingsprojek.

QUESTIONNAIRE

VRAELYS

Environmental setting/ background/ staff / <i>Omgewing/ agtergrond/ personeel</i>

1. Was the placement for community service your choice? How familiar were you with the set-up of the community service institution before you arrival?

Was dit jou keuse om jou gemeenskapsjaar hier te doen? Hoe vertrouwd was jy met die opset van die instansie voor jou aankoms?
2. Give a short description of the physical setting where you do your community service (e.g. hospital/clinic; building and surrounds; distances to drive for work, etc.)

Beskryf kortliks die opset van jou werksomgewing (bv. hospitaal/ klinieke; geboue en omgewing; afstande wat afgelê moet word, ens.)
3. Who are your colleagues (professional, administrative staff, support staff)?

Wie is jou kollegas (professioneel, administratief, steunpersoneel)?
4. Describe a typical working day – what do you as a professional have to do to be efficient in your working environment? Similarly, what do you consider the responsibilities of your colleagues?

Beskryf 'n tipiese werksdag. Wat is jou funksies om effetief te wees in jou werksomgewing? Wat beskou jy dienpreenkomstig as die funksies van jou kollegas?

Workload and working environment ? <i>Werkslading en werksomgewing</i>
--

5. How did you feel about your ability to cope with the work requirements and workload when you arrived on the job?

Hoe het jy gevoel oor jou vermoë om die posvereistes en werkslading te hanteer toe jy hier begin werk het?

6. How much could you and did you contribute to discussions and planning sessions with the rest of the team, and what impact did you feel your contributions had?

Tot watter mate is jy toegelaat en het jy gevoel om 'n bydrae te lewer tydens besprekings- en beplanningssessies in die span, en watter impak het jy gevoel jou bydrae lewer.

General / <i>Algemeen</i>

7. What are the needs that your profession has in a rural community set-up like this? Were you, in your opinion, well enough equipped as student to answer to the needs and demands of the job? Motivate.

Watter vaardighede is nodig vir 'n (professie) in 'n afgeleë plattelandse gemeenskap soos hierdie? Is jy van mening dat jou voorbereiding as student voldoende was vir die eise en behoeftes wat deur die pos gestel word? Motiveer.

ADDENDUM B



UNIVERSITEIT•STELLENBOSCH•UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH DEELNEMERINLIGTINGSBLAD EN -TOESTEMMINGSVORM

TITEL VAN DIE NAVORSINGSPROJEK:

DIE PERSEPSIES VAN NUUT-GEKWALIFISEERDE PROFESSIONELE GESONDHEIDSWERKERS OOR HULLE VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS IN 'N LANDELIKE GEMEENSKAP IN DIE WES-KAAP.

VERWYSINGSNOMMER: S12/05/126

HOOFNAVORSER: Me Wilhelmina J (Elna) Esterhuyse

ADRES: Marmerstraat 10, Posbus 227, Vredendal, 8160

KONTAKBESONDERHEDE: Werk: 027-2133303 Sel: 083 7011316

U word genooi om deel te neem aan 'n navorsingsprojek. Lees asseblief hierdie inligtingsblad op u tyd deur aangesien die detail van die navorsingsprojek daarin verduidelik word. Indien daar enige deel van die navorsingsprojek is wat u nie ten volle verstaan nie, is u welkom om die navorser daaroor uit te vra. Dit is baie belangrik dat u ten volle moet verstaan wat die navorsingsprojek behels en hoe u daarby betrokke kan wees. U deelname is ook volkome vrywillig en dit staan u vry om deelname te weier. U sal op geen wyse hoegenaamd negatief beïnvloed word indien u sou weier om deel te neem nie. U mag ook te eniger tyd aan die navorsingsprojek onttrek, selfs al het u ingestem om deel te neem.

Hierdie navorsingsprojek is deur die **Gesondheidsnavorsingsetiekkomitee (GNEK) van die Universiteit Stellenbosch** goedgekeur en sal uitgevoer word volgens die etiese riglyne en beginsels van die Internasionale Verklaring van Helsinki en die Etiese Riglyne vir Navorsing van die Mediese Navorsingsraad (MNR).

1. DIE DOELWITTE EN PROSEDURES VAN DIE PROJEK

Hierdie studie beoog om die persepsies te ondersoek wat nuut-gekwalfiseerde professionele gesondheidslui wat 'n verpligte gemeenskapsjaar moet doen, het rondom hulle eie vermoëns tot effektiewe dienslewering binne die gemeenskapsopset van die Matzikama Distrik. Al die persone wat hulle gemeenskapsdiens sedert 2006 in die Matzikama Distrik gedoen het, sal genader word om deel te neem aan die studie.

Indien u sou instem tot deelname aan die studie, sal 'n persoonlike onderhoud (direk, telefonies of via die internet per Skype) met u gevoer word deur die navorser. Hierdie

onderhoud sal in die privaatheid van die navorser se kantoor geskied en 'n onafhanklike waarnemer wat notas van die onderhoud neem, sal teenwoordig wees. Alle onderhoude en inligting wat daaruit verkry word, sal met omsigtigheid en met konfidensialiteit hanteer word. Die onderhoud sal nie langer as 30 minute duur nie. Die onderhoud sal opgeneem en getranskribeer word, en die getikte dokument sal binne een week na die onderhoud afgehandel is, aan u beskikbaar gestel word om die inhoud daarvan te bevestig.

2. POTENSIËLE RISIKO'S EN ONGERIEF

Geen risiko's of ongemak word vir die deelnemer voorsien nie. Die onderhoud sal in 'n privaat kantoor gedoen word en alle inligting wat daartydens verkry word, sal as konfidensieel hanteer word.

3. POTENSIËLE VOORDELE VIR DIE DEELNEMER EN DIE GEMEENSAP

Gemeenskapsdiens in Suid Afrika kan baie veeleisend wees vir 'n pas-gekwalfiseerde gesondheidswerker. Alhoewel die uitslag van hierdie studie u nie direk sal bevoordeel nie, kan u deelname aan die studie waardevol wees vir die opleiding van professionele gesondheidswerkers en tot voordeel van die diens in die afgeleë plattelandse gemeenskappe.

4. VERGOEDING VIR DEELNAME AAN DIE STUDIE

Daar sal vir die deelnemer aan die studie geen koste daaraan verbonde wees nie, en geen deelnemer sal enige vorm van betaling daarvoor ontvang nie.

5. VERTROULIKHEID

Enige inligting wat tydens hierdie studie bekom word en met u verbind kan word, sal as vertroulik hanteer word en sal slegs bekend gemaak word met u toestemming of soos deur die wet vereis word. Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur middel van 'n koderingstelsel vir deelnemers. Alle opnames en dokumente sal verseël en vir 'n periode van vyf jaar in 'n kluis bewaar word. Elektroniese data sal deur middel van 'n kodewoord beskerm word. Publikasie sal slegs die resultate van die studie omsluit en geen deelnemer sal geïdentifiseer kan word nie.

6. DEELNAME EN ONTTREKKING

Dit is u keuse om aan die studie deel te neem al dan nie. Indien u instem om aan die studie deel te neem, kan u steeds op enige stadium onttrek sonder enige gevolge vir u. U mag ook weier om enige vraag wat u nie aanstaan nie, te beantwoord terwyl u steeds deel bly van die studie. Die navorser kan u uit die studie onttrek indien enige situasie sou ontstaan wat dit vereis.

U het die reg om op enige stadium u toestemming tot die studie te onttrek en deelname te staak sonder enige benadeling van u regte. U doen nie afbreuk aan enige wetlike eise, regte of regsmiddele deur u deelname aan hierdie studie nie. Indien u enige navrae het rakende u regte as 'n deelnemer aan die navorsing, kan u die **Administrasie vir Gesondheidsnavorsingsetiek** kontak by **021-9389207**.

VERKLARING DEUR EN HANDTEKENING VAN DEELNEMER

Ekstem hiermee vrywillig in om aan die studie deel te neem.

Ek verklaar:

- Ek het die inligting vervat in hierdie deelnemings- en toestemmingsvorm deeglik gelees of gelaat voorlees en beskou die taalgebruik daarin as eenvoudig en maklik verstaanbaar.
- Ek het die geleentheid gehad om enige vrae te vra en al my vrae is duidelik en bevredigend geantwoord.
- Ek verstaan dat my deelname aan hierdie projek vrywillig is en ek is op geen manier gedwing om deel te neem nie.
- Ek kan my deelname op enige stadium staak en sal nie gepeenaliseer of benadeel word nie.
- Ek kan aan die studie onttrek word voordat dit voltooi is indien dit tot my eie beswil is of indien ek nie in staat is om die onderhoud te voltooi nie.
- *Ek het 'n kopie van hierdie vorm ontvang.*

Geteken teop (datum)2012.

Handtekening van Deelnemer

HANDTEKENING VAN NAVORSER

Ek verklaar hiermee dat ek al die inligting wat in hierdie dokument vervat is aan _____ (naam van die deelnemer) verduidelik het. [Hy/sy] is aangemoedig tot en het voldoende tyd gehad om my enige vrae rondom die navorsingsprojek te vra. Die onderhoud is in (Afrikaans/Engels) gevoer en geen vertolker was nodig nie.

Handtekening van Navorsers

Datum

ADDENDUM C



UNIVERSITEIT•STELLENBOSCH•UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

**STELLENBOSCH UNIVERSITY
CONSENT TO PARTICIPATE IN RESEARCH**

TITLE OF THE RESEARCH PROJECT:

**DIE PERSEPSIES VAN NUUT-GEKWALIFISEERDE
PROFESSIONELE GESONDHEIDSWERKERS OOR HULLE
VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS IN 'N LANDELIKE
GEMEENSKAP IN DIE WES-KAAP.**

REFERENCE NUMBER: S12/05/126

PRIMARY RESEARCHER: Ms Wilhelmina J (Elna) Esterhuyse

ADDRESS: 10 Marmer Street, PO Box 227, Vredendal, 8160

CONTACT DETAILS: Work: 027-2133303 Cell: 083 7011316

You are being invited to take part in a research project. Please take some time to read the information presented here, which will explain the details of the project. Please ask the researcher any questions about any part of this project that you do not fully understand. It is important that you are fully satisfied that you clearly understand what this research entails and how you will be involved. Also, participation is **entirely voluntary** and you are free to decline to participate. If you say no, this will not affect you negatively in any way whatsoever. You are also free to withdraw from the study at any point, even if you do agree to take part.

This study has been approved by the **Health Research Ethics Committee at Stellenbosch University** and will be conducted according to the ethical guidelines and principles of the international Declaration of Helsinki, South African Guidelines for Good Clinical Practice and the Medical Research Council (MRC) Ethical Guidelines for Research.

7. THE PURPOSE AND PROCEDURES OF THE STUDY

The study is aimed to determine how newly qualified health professionals perceive themselves and their contribution to the health care of the community when they start working in the rural districts of the Matzikama. All the health professionals who have completed their community service year in the Matzikama since 2006 will be requested to participate in the study.

8. POTENTIAL RISKS AND INCONVENIENCE

There are no foreseen risks or inconveniences for the participant. The interview will be conducted in a private office and all the information obtained will be treated as confidential.

9. POTENTIAL BENEFITS FOR THE PARTICIPANT AND THE COMMUNITY

Stepping into community service as a newly qualified health care professional in South Africa can be very demanding. Although you may not benefit from this study directly, it will contribute to the training of health care professionals, the value of rural health care and the benefit to the community as a whole through striving to determine, address and improve those skills.

10. PAYMENT FOR PARTICIPATION

There will be no cost involved for you to participate in this survey, and no participant will receive any payment for participating.

11. CONFIDENTIALITY

Any information that is obtained in connection with this study and that can be identified with you will remain confidential and will be disclosed only with your permission or as required by law. Confidentiality will be maintained by means of coding of participants, and all the recorded and transcribed interviews will be sealed and kept in a safe for a period of five years. Electronic information will be password-protected. Publication will be of the results of the study only and no participant will be identifiable.

12. PARTICIPATION AND WITHDRAWAL

You can choose whether to be in this study or not. If you volunteer to be in this study, you may withdraw at any time without consequences of any kind. You may also refuse to answer any questions that you do not want to answer and still remain in the study. The investigator may withdraw you from this research if circumstances arise which warrant doing so.

You have the right to withdraw your consent at any time and to discontinue participation without penalty. You are not waiving any legal claims, rights or remedies because of your participation in this research study. If you have questions regarding your rights as a research subject, please contact the **Health Research Ethics Committee** at **021-938 9207**.

DECLARATION AND SIGNATURE OF PARTICIPANT

I hereby consent voluntarily to participate in this study.

I declare that:

- I have read or had read to me this information and consent form and it is written in a language with which I am fluent and comfortable.
- I have had a chance to ask questions and all my questions have been adequately answered.
- I understand that taking part in this study is **voluntary** and I have not been pressurised to take part.

- I may choose to leave the study at any time and will not be penalised or prejudiced in any way.
- I may be asked to leave the study before it has finished, if the it is in my best interests, or if I do not fit to complete the interview as agreed to.
- *I have been given a copy of this form.*

Signed at (*place*) on (*date*) 2012.

Signature of Participant

SIGNATURE OF INVESTIGATOR

I declare that I have explained the information given in this document to _____
_____ [*name of the subject/participant*]. [*He/she*]
was encouraged and given ample time to ask me any questions. This conversation was
conducted in [*Afrikaans/*English*] and no translator was used.

Signature of Investigator

Date

ADDENDUM D

VERWYSINGSNOMMER: S12/05/126

DIE PERSEPSIES VAN NUUT-GEKWALIFISEERDE PROFESSIONELE GESONDHEIDSWERKERS OOR HULLE VERPLIGTE GEMEENSKAPSDIENS IN 'N LANDELIKE GEMEENSKAP IN DIE WES-KAAP.

NAAM:

BEROEP:

GEMEENSKAPJAAR: 20....

Jy het 'n jou Gemeenskapsjaar (GSJ) op Vredendal voltooi. Aan die einde van die tydperk moes jy 'n vorm voltooi om te bevestig dat dit afgehandel is.

1. Was daar 'n op die vorm waar jy terugvoer moes gee oor jou ervaring en veral oor tekortkominge in/ aanbevelings vir die stelsel en/ of die opset waar jy die jaar gewerk het?

JA ... / NEE ...

- 1.1. Indien JA, het jy kommentaar gelewer/ aanbevelings gemaak?

JA ... / NEE ...

- 1.2. Indien NEE, het jy op enige ander wyse, skriftelik of mondelings, terugvoer gegee oor tekortkominge, probleme, aanbevelings nav jou ervaring tydens jou GSJ?

JA ... / NEE ...

2. Indien JA in 1.2:

- 2.1 Op watter wyse het jy terugvoer gegee?

.....
.....

- 2.2 Aan wie is die terugvoer gegee?

.....
.....

- 2.3 Wat het jou terugvoer behels (klagtes, aanbevelings)? (ook vir JA in 1.1)

.....
.....
.....

3. Indien NEE in 1.2, om watter rede het jy nie terugvoer gegee nie?

- 3.1 Ek het nie gedink dis nodig nie

- 3.2 Ek het nie die moed gehad nie

- 3.3 Ek het nie gedink dit sal 'n verskil maak nie

- 3.4 Ek het nie geweet wat om te sê nie

- 3.5 Ander

....
....
....
....
....

.....
.....
.....
.....

Baie dankie! Ek waardeer jou insette en terugvoer BAIE!